

# Årsrapport

## Kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg

2022/2023

## Indholdsfortegnelse

<b>Indledning</b> .....	<b>2</b>
Målepunkter i det kommunale tilsyn.....	2
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn .....	2
Tilsynenes forløb.....	3
Årsrapportens opbygning .....	4
<b>Oversigt over vurdering på tværs af enheder</b> .....	<b>5</b>
PATIENTSIKKERHED .....	5
Kritiske fund .....	5
Sundhedsfaglig dokumentation .....	5
Medicinkontrol .....	6
Arbejdet med utilsigtede hændelser .....	7
Magtanvendelse .....	7
BRUGERTILFREDSHED.....	8
FAGLIGHED.....	9
Delegation .....	9
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	10
Rehabilitering .....	11
E-læring.....	12
ORGANISATORISK BÆREDYGTIGHED .....	13
APV .....	13
Samarbejde.....	14
<b>Anbefalinger til tværgående fokuspunkter</b> .....	<b>14</b>
<b>Bilag</b> .....	<b>15</b>
Vurderingskriterier for kommunalt tilsyn.....	15
Interview borgere i hjemmeplejen .....	20
Interview beboere på plejecenter .....	25
Medarbejderskema .....	30

## Indledning

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn 2020 (<https://www.norrdjurs.dk/norrdjurs/politikker-og-planer/sundhed-og-omsorg-politikker>).

Tilsynet leveres af 'Visitation og Hjælpemidler' i Sundhed og Omsorg og varetages af konsulenter ansat i afdelingens kvalitetsteam. Konsulenterne har som udgangspunkt en sundhedsfaglig baggrund.

Der føres tilsyn i følgende enheder:

Plejecentre:

1. Plejecenter Violskrænten og Grønnegården - Violskrænten 13 - 8500 Grenå
2. Plejecenter Digterparken - Tove Ditlevsensvej 2 - 8500 Grenå
3. Plejecenter Glesborg - Valmuevej 2 - 8585 Glesborg
4. Plejecenter Farsøthushus - I.P. Farsøhts Alle 4, 8960 Allingåbro
5. Plejecenter Fuglsanggården - Trekanten 1 - 8500 Grenå
6. Plejecenter Møllehjemmet - Elme Alle 8 - 8963 Auning

Hjemmepleje og hjemmesygepleje:

1. Hjemmeplejen Grenå - sygehusvej 7 - 8500 Grenå
2. Hjemmeplejen Allingåbro / Auning - Halvej 3 - 8960 Allingåbro
3. Hjemmeplejen Glesborg - Valmuevej 2A - 8585 Glesborg

Træning:

Træningscenter Posthaven - Posthaven - 8500 Grenå og Træningscenter Auning - Elme alle 6 - 8963 Auning  
Rehabiliteringsteamet - Kalorievej 4 - 8500 Grenå  
Døgn Auning - Elme alle 6 - 8963 Auning

## Målepunkter i det kommunale tilsyn

Det kommunale tilsyn 2022 har vurderet kvaliteten på enhederne i forhold til følgende områder:

- Patientsikkerhed
  - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser<sup>1</sup>, medicinhåndtering, hygiejne og indberetning af magtanvendelser
- Brugertilfredshed
  - Herunder: Brugertilfredshed hos borgere/beboere og medarbejderbesvarelser i forhold til medarbejdernes oplevelse af deres vilkår og rammer for at levere indsatsen
- Faglighed
  - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer, medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer, arbejdet med rehabilitering og medarbejdernes løbende vedligeholdelse af kompetencer (e-læring)
- Organisatoriske forhold
  - Herunder: Arbejdsmiljø.

## Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg.

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for aftaleenheden, hvor der blandt andet foretages stikprøvekontrol af hygiejne og medicinhåndtering på enheden. Ved det anmeldte besøg på plejecentre interviewes beboere.

---

<sup>1</sup> Utilsigtede hændelser (UTH) er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgeren behandles eller på anden måde er i kontakt med den pågældende enhed.

I forbindelse med de kommunale tilsyn på enhederne, har tilsynsenheden indsamlet, analyseret og vurderet følgende data:

#### Oversigt over datagrundlag i de kommunale tilsyn 2022 på enhederne

- Tilsynet har udført journalaudit på mellem fire og seks journaler afhængigt af enhedens størrelse. Enhederne har selv, afhængigt af størrelse, foretaget mellem fire og ti audits på enhedens journaler.
- Hvis enheden ved det sidste kommunale tilsyn har fået en henstilling om at udarbejde en handleplan, har der ved tilsynet 2022 været interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på denne handleplan. Der er blevet afholdt interview med ledelsen på ni enheder i forbindelse med dette års tilsyn
- Interview med beboere/borgere. Interviewet handler om borgernes mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
  - Ved tilsyn på plejecentre og på døgnafsnittet i Auning er der blevet interviewet mellem fire og ti beboere afhængigt af enhedens størrelse.
  - Ved tilsyn i ambulansetræning, tværgående rehabiliteringsindsats og hjemmeplejen er der foretaget telefoninterviews med mellem 5 og 64 borgere afhængigt af enhedens størrelse.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til i alt 1050 medarbejdere. 357 medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet. Dette giver en samlet svarprocent på 34 %. Ved tilsynet 2021 var svarprocenten 54 %.
- Stikprøvekontrol af mellem tre og seks borgeres medicinbeholdning afhængig af enhedens størrelse.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder - medicinfejl, fald, infektioner

### Tilsynenes forløb

De kommunale tilsyn foregår efter følgende model:

- 1) Tilsynsenheden samler data ind på enheden over en tre-ugers periode (uanset tilsyn). I samme periode foretager enheden audits på et antal af borgernes journaler.
- 2) Tilsynsenheden udarbejder en tilsynsrapport, hvor de indsamlede data beskrives og vurderes på baggrund af faste vurderingskriterier<sup>2</sup>.
  - a. Hvis der i datamaterialet er fundet et eller flere patientkritiske forhold, henstiller tilsynet til, at der skal iværksættes en gentilsyn.
  - b. Hvis der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet, henstiller tilsynet til, at enheden skal udarbejde handleplaner for at sikre at den leverede kvalitet øges.
  - c. Hvis der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet, anbefaler tilsynet, at der skal arbejdes med disse fund og der vil blive fulgt op ved det følgende års tilsyn
  - d. Hvis tilsynet gør et særligt positivt fund anbefales enheden at videreformidle deres arbejder til andre enheder
- 3) Enheden får rapporten til høring i fjorten dage. I denne periode udarbejder enheden handleplaner, hvis der er henstilling om dette i tilsynsrapporten.
- 4) Tilsynet afholder et tilsynsmøde med enheden, hvor tilsynets konklusioner og enhedens handleplaner gennemgås
- 5) Plejecentre afholder et Beboer- og pårønderrådsmøde, hvor tilsynsrapporten kommer i høring
- 6) Tilsynsrapporten kommer i høring i Ældrerådet og Handicaprådet, hvorefter rapporten behandles af Voksen- og plejeudvalget
- 7) Rapporten offentliggøres på Norddjurs kommunes hjemmeside

<sup>2</sup> Vurderingskriterierne ligger som bilag s. 15

## Årsrapportens opbygning

I rapporten præsenteres først det samlede helhedsbillede: Hvilke vurderinger, de forskellige underområder har fået ved enhederne ved sidste års og dette års tilsyn. Det vil sige:

- Under *patientsikkerhed* er følgende vurderet
  - Kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation
  - Kvaliteten af enhedens medicin håndtering
  - Enhedens arbejde med at forebygge og lære af de utilsigtede hændelser (UTH)
  - Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser
- Under *brugertilfredshed* er følgende vurderet:
  - Brugertilfredsheden på enheden
  - Medarbejdernes vurdering af rammer for at levere pleje og aktivitet
- Under *faglighed* er følgende vurderet:
  - Om det sikres på enheden at de rigtige kompetencer er tilstede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation<sup>3</sup> efterleves
  - Om det sikres, at medarbejderne har den opdaterede, relevante og nødvendige viden for opgavevaretagelsen
  - Om enheden sikrer en rehabiliterende tilgang
  - Om enheden sikrer at medarbejderne løbende vedligeholder deres kendskab til lovgrundlag for magtanvendelser og procedurer for medicin håndtering
- Under *Organisatorisk bæredygtighed* er følgende vurderet:
  - Om enheden sikrer et godt og trygt arbejdsmiljø ved at der er arbejdet med APV (skemaer til vurdering af arbejdsmiljøet ved borgeren) og arbejdet med den samlede APV<sup>4</sup> for enheden.
  - Om medarbejderne er tilfredse med samarbejdet i enheden - både til ledelsen, til andre afdelinger og faggrupper.

I bilagsmaterialet s. 15 fremgår, hvordan de enkelte områder vurderes.

---

<sup>3</sup> Delegation betyder kort fortalt overdragelse af en opgave til en anden person. Konkret betyder det, at der i sundhed og omsorg foretages mange sundhedsopgaver, som i udgangspunktet er opgaver kun lægen må varetage. Lægen kan derfor delegere opgaven til en sygeplejerske i sundhed og omsorg, der for eksempel kan videredelegere opgaven til en assistent.

<sup>4</sup> APV (arbejdspladsvurdering) handler om at kortlægge enhedens arbejdsmiljø, udpege de områder, hvor der er behov for en indsats, og lægge en plan for, hvordan man vil forbedre arbejdsmiljøet på disse områder. Det er et lovkrav, at alle virksomheder med ansatte skal udarbejde en APV, som omfatter alle arbejdsmiljøforhold i virksomheden. APV'en skal revideres, når der sker ændringer, som har betydning for arbejdsmiljøet – dog mindst hvert 3. år.

## Oversigt over vurdering på tværs af enheder

### PATIENTSIKKERHED

Inden for området *Patientsikkerhed* ser tilsynet på, om enheden arbejder systematisk på *at forbedre patientsikkerheden*, så borgerne får et så trygt, effektivt og sammenhængende forløb på enheden som muligt.

Derfor ser tilsynet på, om enheden arbejder hensigtsmæssigt med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndteringen og med at forebygge utilsigtede hændelser – UTH'er. (En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.) Under området *patientsikkerhed* ser tilsynet også på, om enheden lever op til sundhedslovens og servicelovens bestemmelser om at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

### Kritiske fund

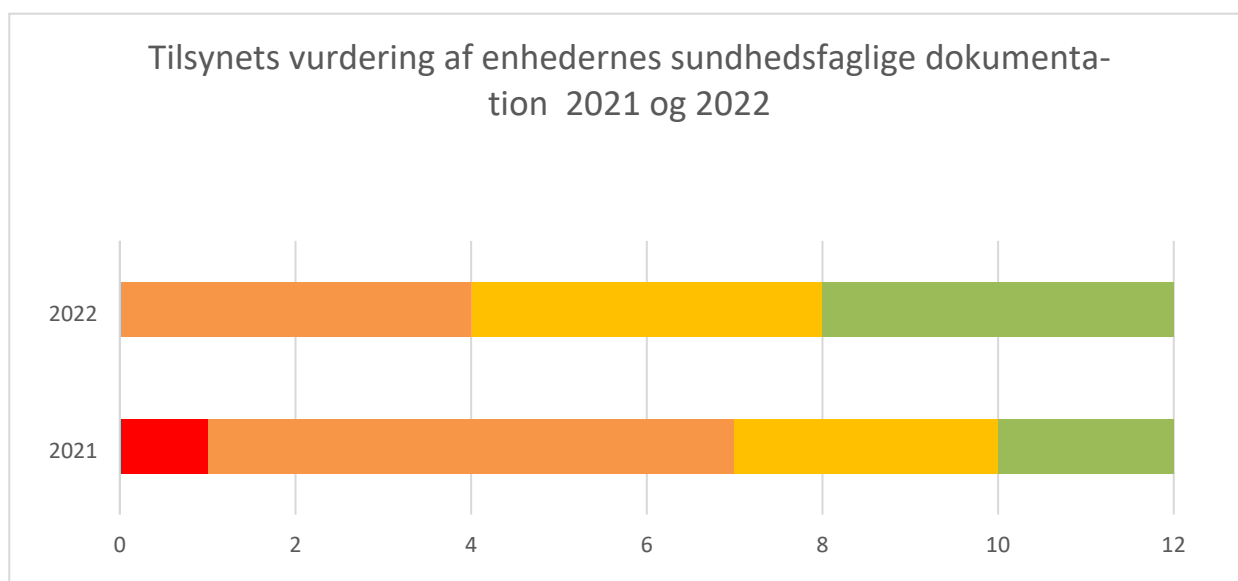
Der er blevet gjort patientkritisk fund på en enhed ved tilsyn i Sundhed og Omsorg i forhold til medicin håndteringen. Det patientkritiske fund udløste et gentilsyn. Ved gentilsyn blev der ikke gjort fund i forhold til den identificerede patientkritiske problematik.

Oversigt over fund af kritisk betydning for patientsikkerheden, der har udløst et gentilsyn 2022.

	Antal fund
<b>Medicin håndtering</b>	
Manglende anbrudsdato på insulinpenne ved to borgere	1

### Sundhedsfaglig dokumentation

På baggrund af tilsynets gennemgang af et antal tilfældigt udvalgte journaler på enhederne er der ikke gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation på enhederne ved dette års tilsyn. Af figuren nedenfor ses det, at der er sket en forbedring i tilsynets vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation på enhederne.



En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

I de fire enheder, hvor der blev gjort fund, af betydning for den leverede kvalitet (orange fund) var der i alle fire tilfælde tale om enheder, hvor der var blevet gjort tilsvarende 'orange' fund ved sidste års tilsyn.

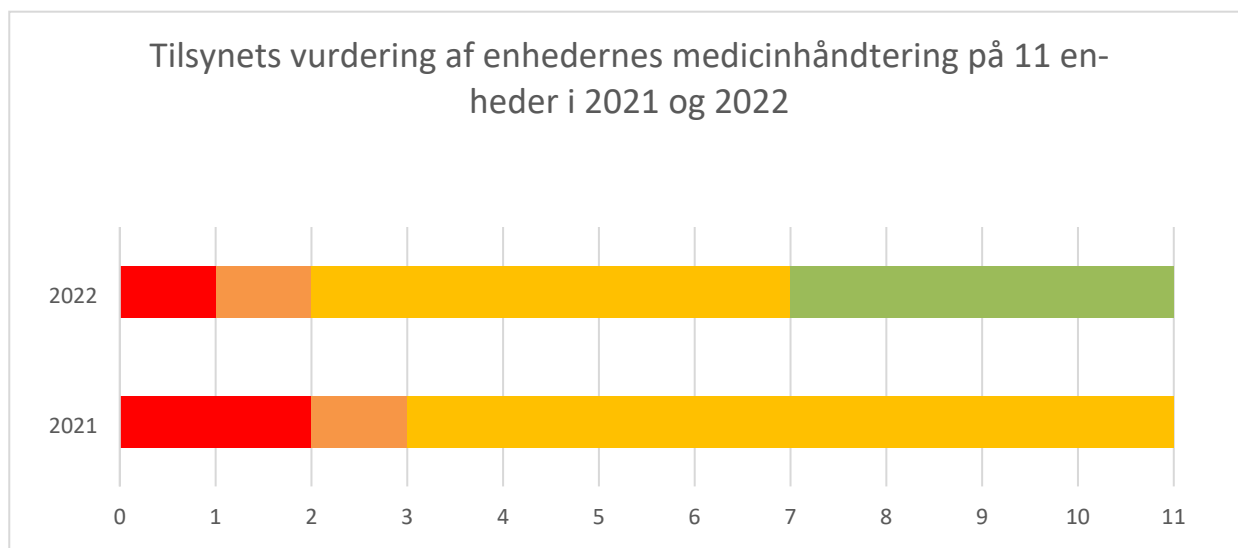
De identificerede fund vedrørte:

- At der manglede dokumentation af samtykke til pleje og behandling i flere af journalerne i fire enheder
- At der manglede dokumentation af samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i flere af journalerne i fire enheder
- At der blev fundet flere ikke-opdaterede handlingsanvisningerne i journalerne i tre enheder
- At der mangler dokumentation for myndighedsopfølgning på helbredstilstande i journalerne i tre enheder
- At der mangler entydige angivelser af, hvad der var en handlingskrævende forværring i journalerne i to enheder
- At der mangler opdateret forflytningsvejledning i journalerne i to enheder
- At der mangler dokumentation af den sygeplejefaglige udredning i flere af journalerne i to enheder
- At der mangler angivelse af om borger kan varetage egne helbredsmæssige interesser i flere af journaler i en enhed
- At der manglede relevante handlingsanvisninger i flere af journalerne i en enhed

## Medicinkontrol

På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af et antal borgeres medicinbeholdning, observation af et antal medicindispenseringer<sup>5</sup>, samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i et antal borgerjournaler afhængigt af enhedens størrelse, blev der gjort et fund af kritisk betydning for patientsikkerheden i forhold til medicinbehandlingen på en af enhederne. Ved gentilsyn blev der ikke gjort patientkritiske fund på enheden.

Af figuren nedenfor ses det, at der er sket en forbedring i tilsynets vurdering af medicinbehandlingen på enhederne.



<sup>5</sup> Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgers tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode

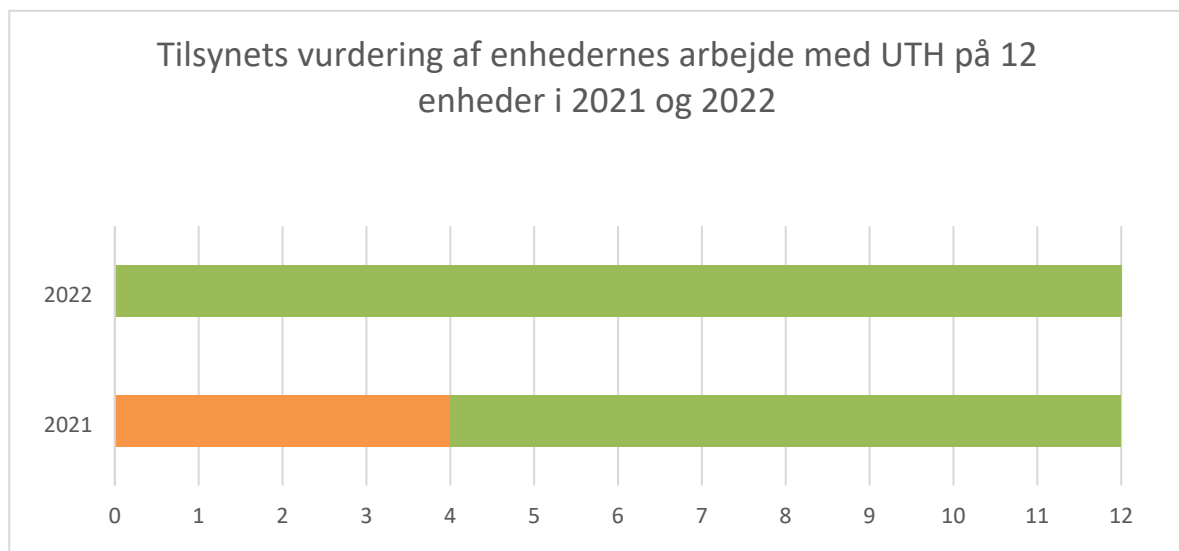
En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.  
En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.  
En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.  
En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

I de enheder, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund) eller fund af patientkritisk karakter (rødt fund) har fundene vedrørt manglende anbrudsdato på insulinpenne. De blev også gjort et patientkritisk fund sidste år, på den enhed hvor der blev gjort et patientkritisk fund ved dette års tilsyn,

### Arbejdet med utilsigtede hændelser

På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser, blev der ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet på enhederne.

Af figuren nedenfor ses det, at der er sket en forbedring i tilsynets vurdering af arbejdet med UTH på enhederne. Det skal dog bemærkes at der er reduceret i de spørgsmål der bliver stillet til medarbejderne i spørgeskemaet ved dette års tilsyn i forhold til sidste års tilsyn, derfor er vurderingerne i de to år ikke direkte sammenlignelige.



En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.  
En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

### Magtanvendelse

På baggrund af en af enhedernes egen journalaudit er der gjort et fund af mindre betydning for den leverede kvalitet, idet der ved en enhed var registreret en magtanvendelse, som ikke var dokumenteret rettidigt og hvor der ikke var udarbejdet en handleplan for at forebygge magtanvendelser fremadrettet. I de øvrige auditerede journaler for de øvrige enheder var der ikke registreret magtanvendelser.

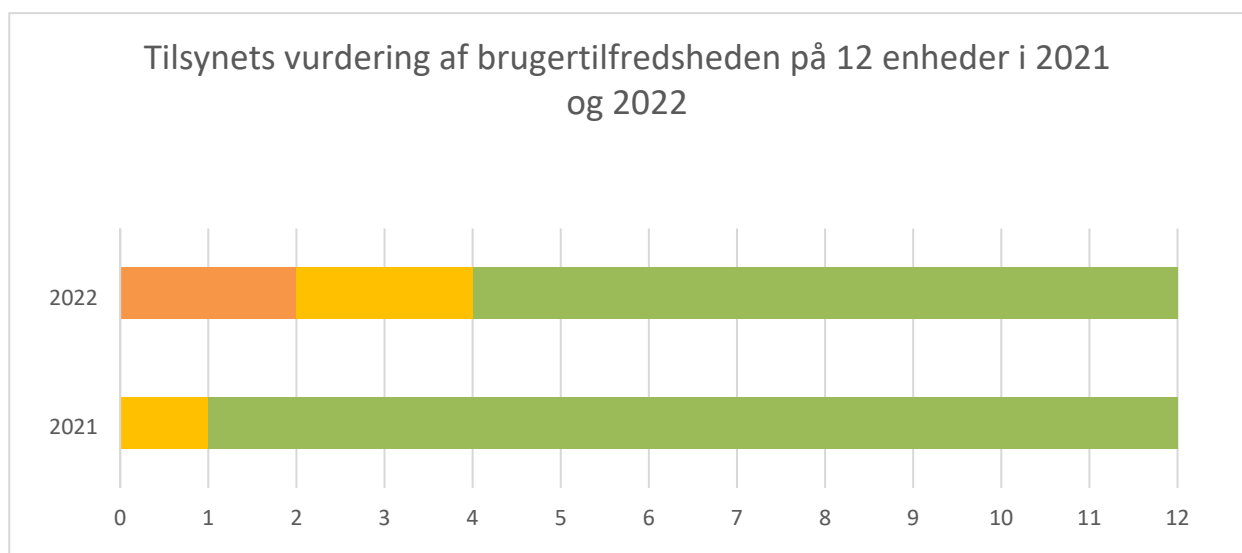


## BRUGERTILFREDSHED

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at borgeren/beboeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>6</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

Derfor interviewer tilsynet borgere/beboere om deres tilfredshed med de fysiske rammer på enheden (for plejecentre), den personlige pleje og praktiske hjælp, leveringen af den personlige pleje og praktiske hjælp, maden, personalet og opholdet samlet set.

Af figuren nedenfor ses det, at der er sket en forværring i tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enhederne i forhold til sidste år.



En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

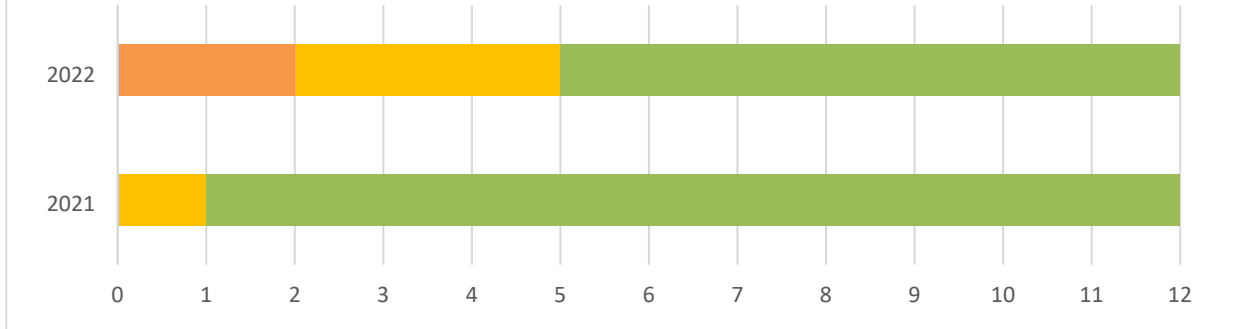
I de to enheder, hvor der blev gjort fund, af betydning for den leverede kvalitet (orange fund) var det på grund af, at mellem 40 og 64 % af borgerne/beboerne på de to enheder, var 'helt uenige' eller 'uenige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos mig'.

Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer de har for at levere deres indsats.

Af figuren nedenfor ses det, at der er sket en forværring i tilsynets vurdering af medarbejdertilfredsheden på enhederne i forhold til sidste år.

<sup>6</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

## Tilsynets angivelse af medarbejdernes vurdering af rammer for deres indsats på 12 enheder i 2021 og 2022



En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

I de to enheder, hvor der blev gjort fund, af betydning for den leverede kvalitet (orange fund) var det på grund af at over 40 % af medarbejderne svarede 'i mindre grad' til spørgsmålet: 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarden'.

### FAGLIGHED

Inden for området *Faglighed* ser tilsynet på, om enheden sikrer, at den nødvendige faglige viden og de relevante medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

Derfor ser tilsynet på, om enheden efterlever Sundhed og Omsorgs retningslinjer for delegation<sup>7</sup>, sikrer at medarbejderne i fornødent omfang introduceres til deres opgaver, at medarbejderne har adgang til den relevante viden for at udføre deres opgaver, at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring<sup>8</sup>

### Delegation

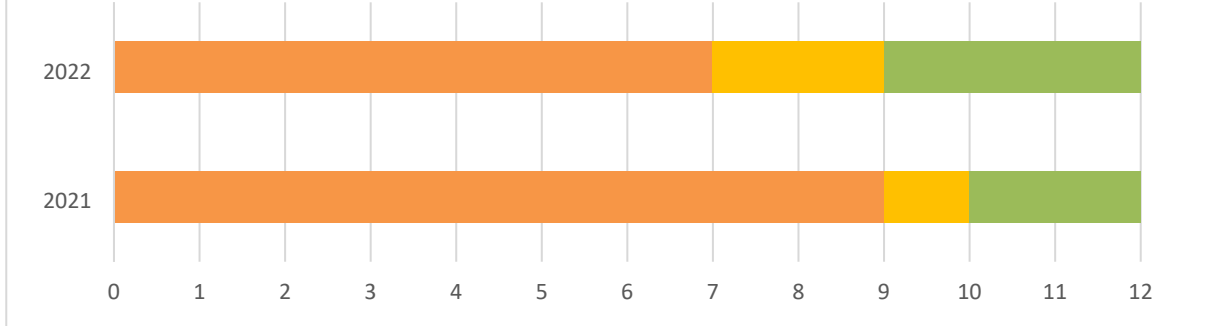
På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser om enhedens arbejde med delegation og kompetencer vurderer tilsynet, at der er gjort fund af betydning for kvaliteten på syv enheder.

Af figuren nedenfor ses det, at der er sket en forbedring i tilsynets vurdering af enhedernes arbejde med delegation og kompetencer på enhederne i forhold til sidste år.

<sup>7</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

<sup>8</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

## Tilsynets vurdering af enhedernes arbejde med delegation og/eller kompetencer på 12 enheder i 2021 og 2022



En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

I de syv enheder, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund) var det på grund af følgende:

- At mellem 46 og 75 % af medarbejderne på syv af enhederne svarede 'nej' eller 'ved ikke' til om deres personlige kompetenceafklaringskema er opdateret.
- At mellem 50 og 60% af medarbejderne på tre enheder svarede 'nej' til at skemaet for borgerspecifikke kompetencer er opdateret
- At 82 % af medarbejderne på en enhed svarede at de enten ikke har, eller ved om de har et personligt kompetenceafklaringskema
- 52% af medarbejderne på en enhed angiver, at nye medarbejdere 'i mindre grad' eller 'slet ikke' får en god introduktion
- At 50 % af medarbejderne på en enhed svarede, at de 'i mindre grad' anvender kompetence- og overdragelseskemaet
- At 43 % af medarbejderne på en enhed svarer, at personale, der skal oplæres i nye opgaver, 'i mindre grad' eller 'slet ikke' får den nødvendige sparring

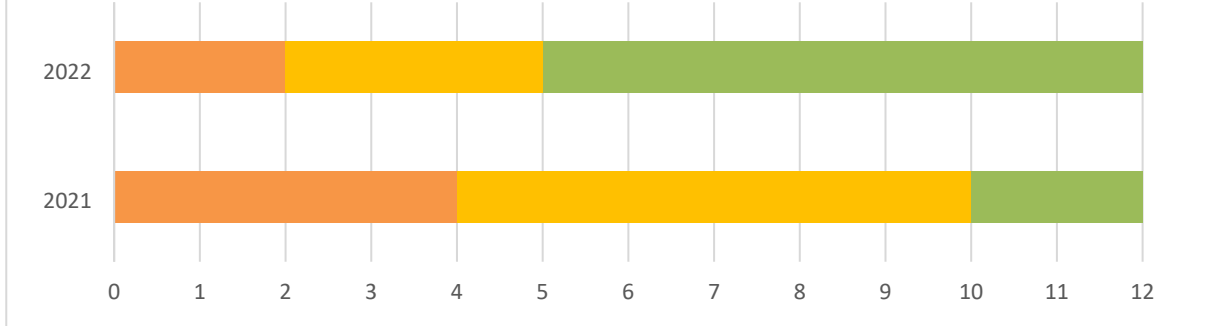
I alle enheder, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund), var der blevet gjort tilsvarende fund ved tilsynet året før.

### Kendskab til instrukser og retningslinjer

På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser om deres kendskab til instrukser og retningslinjer vurderer tilsynet, at der er gjort fund af betydning for kvaliteten på to enheder.

Af figuren nedenfor ses det, at der er sket en forbedring i tilsynets vurdering af medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer i forhold til vurderingen sidste år. Det skal dog bemærkes, at svarerne fra de to år ikke er direkte sammenlignelige, da der er sket en reduktion i antallet af spørgsmål i 2022.

## Tilsynets vurdering af kendskab til instrukser og retningslinjer på 12 enheder i 2021 og 2022



En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

I de to enheder, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund) var det på grund af følgende:

- At henholdsvis 40 og 53 % af medarbejderne svarede 'nej' eller 'ved ikke' til, at de brugte VAR når de var i tvivl om en procedure

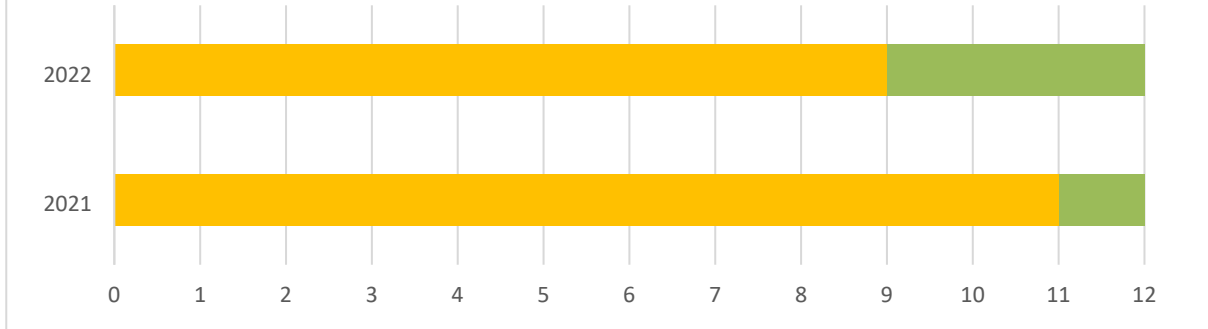
I en af enhederne, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund), var der blevet gjort et tilsvarende fund ved tilsynet året før.

### Rehabilitering

På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, journalaudit og borgerinterviews vurderer tilsynet, at der ikke blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.

Af figuren nedenfor ses det, at der er sket en forbedring i tilsynets vurdering af den rehabiliterende tilgang på enhederne. Det skal dog bemærkes, at svarerne fra de to år ikke er direkte sammenlignelige, da der er sket en reduktion i antallet af spørgsmål i borgerinterviewet i 2022.

### Tilsynets vurdering af arbejdet med rehabilitering på 12 enheder i 2021 og 2022



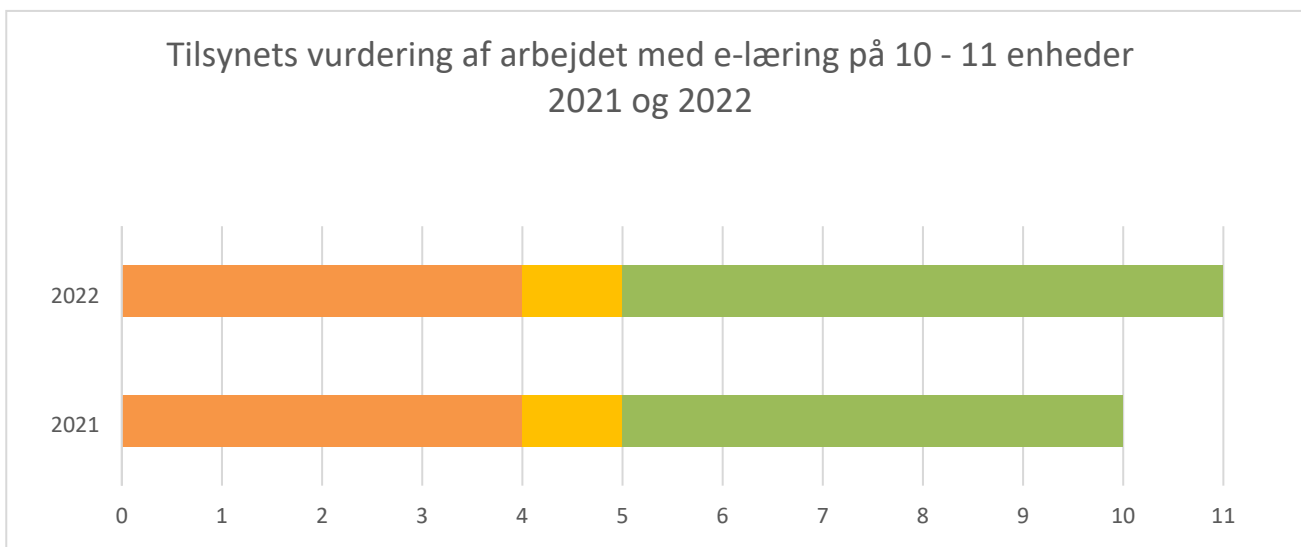
En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.  
En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

### E-læring

På baggrund af udtræk fra e-læringsmodulet vurderer tilsynet, at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet på fire enheder.

Af figuren nedenfor ses det, at tilsynets vurdering er tilsvarende vurderingen ved sidste års vurdering, men at en enhed, der på grund af tekniske problemer ikke blev medtaget i vurderingen sidste år, er med i vurderingen for 2022.

### Tilsynets vurdering af arbejdet med e-læring på 10 - 11 enheder 2021 og 2022



En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.  
En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.  
En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

I de fire enheder, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund), var det på grund af følgende:

- At under 50 % af medarbejderne på fire enheder har gennemført det obligatoriske kursus om 'medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'
- At under henholdsvis 50 og 75 % af medarbejderne på to enheder har gennemført det obligatoriske kursus om magt

I alle fire enheder, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund), var der blevet gjort et tilsvarende fund ved tilsynet året før.

## ORGANISATORISK BÆREDYGTIGHED

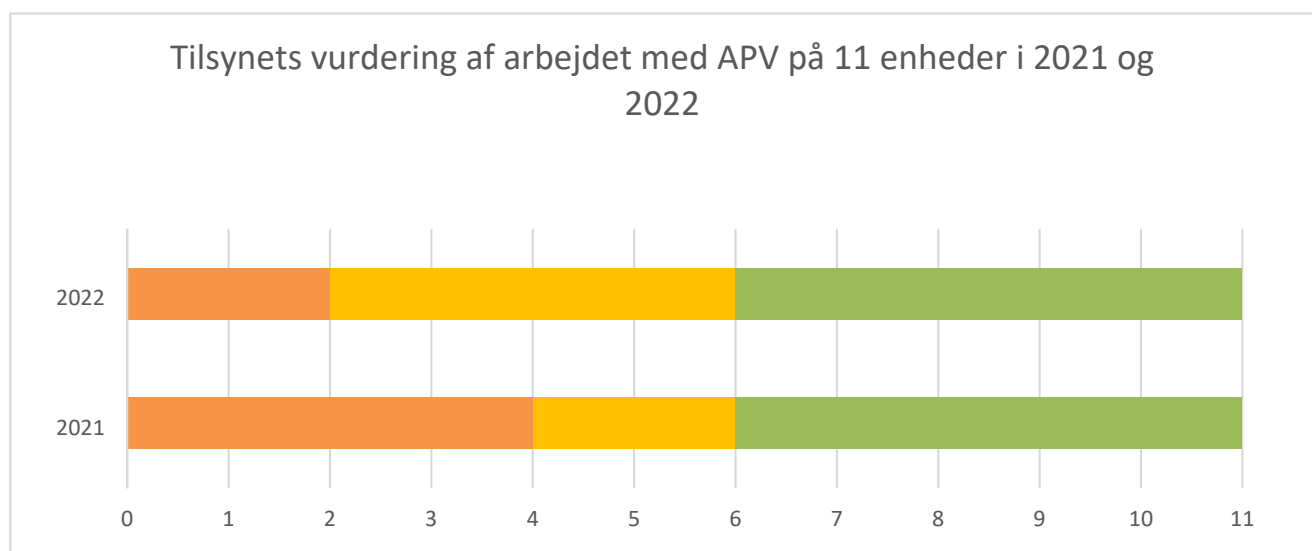
Inden for området *Organisatorisk bæredygtighed* ser tilsynet på, om enhederne arbejder for at sikre et godt og trygt arbejdsmiljø.

Derfor ser tilsynet på, om enheden sikrer, at der er et opdateret APV-skema<sup>9</sup> for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

## APV

På baggrund af tilsynets gennemgang af et antal af enhedernes journaler, vurderer tilsynet at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet på to enheder.

Af figuren nedenfor ses det, at tilsynets vurdering er forbedret i forhold til vurderingen ved sidste års tilsyn.



En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

I de to enheder, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund), var det på grund af følgende:

<sup>9</sup> I APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskema) gennemgås og opstilles handleplaner for de arbejdsmiljø-mæssige problematikker, der kan være i forhold til den enkelte borgers hjem og adfærd.

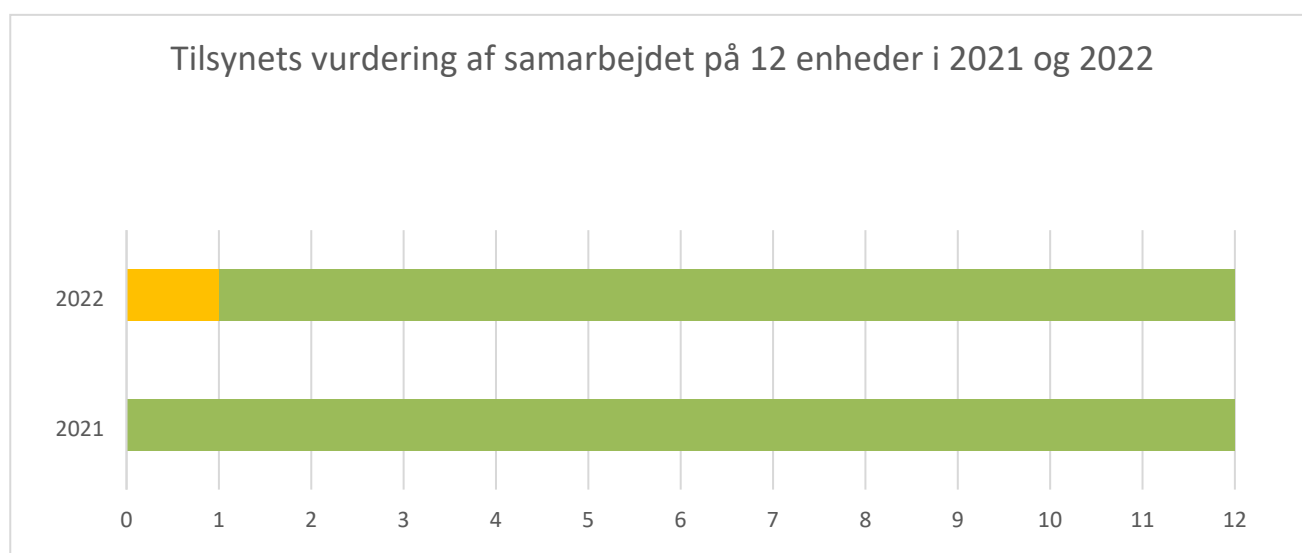
- At der i en enhed ikke var udfyldt APV-skemaer (Arbejdspladsvurderingsskemaer) og at der i den anden enhed kun er udfyldt APV-skemaer (Arbejdspladsvurderingsskemaer) for 50 % af borgerne

I den ene af de to enheder, hvor der blev gjort fund af betydning for den leverede kvalitet (orange fund), var der blevet gjort et tilsvarende fund ved tilsynet året før.

## Samarbejde

På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser vurderer tilsynet, at der ikke er gjort fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed i forhold til samarbejdet på enhederne.

Af figuren nedenfor ses det, at tilsynets vurdering er forbedret i forhold til vurderingen ved sidste års tilsyn.



En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

## Anbefalinger til tværgående fokuspunkter

På baggrund af de data, der er indsamlet i forbindelse med det kommunale tilsyn anbefales det at arbejde med følgende tværgående fokusområder:

- Siden sidste års tilsyn, er der sket en udvikling henimod at der er flere enheder, hvor andelen af medarbejdere, der angiver at 'hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne' er formindsket
- Siden sidste års tilsyn er der også en mindre andel af borgere på enhederne, der angiver, at det oftest er de samme medarbejdere der kommer
- At der på tværs af enhederne er blevet gjort flest fund af betydning for den leverede kvalitet i forhold til at medarbejderne svarede 'nej' eller 'ved ikke' til om deres personlige kompetenceafklaringskema var opdateret.

## Bilag

### Vurderingskriterier for kommunalt tilsyn

Nedenfor ses en oversigt over, hvordan tilsynet har vurderet kvaliteten af data herunder en operationalisering heraf.

Tilsynet vurderer de indsamlede data efter de kriterier, der fremgår af oversigten nedenfor. I oversigten ses, hvilke data der udløser, at tilsynet vurderer et område som henholdsvis 'rødt', 'orange', 'gult'. Hvor **en rød farve** betyder, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden og der skal udføres et gentilsyn på enheden. **En orange farve** betyder, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet og der er krav om at enheden udarbejder en handleplan, for hvordan de vil arbejde med problemstillingen. Handleplanen skal godkendes af tilsynet og der bliver fulgt op på handleplanen ved næste tilsyn. **En gul farve** betyder, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet og enheden anbefales at arbejde med området. Bliver der ikke gjort et eller flere fund af betydning for kvaliteten angives tilsynet med **en grøn farve**.

PATIENTSIKKERHED			
Område	Fund der udløser et gentilsyn på enheden	Fund der udløser henstilling om at enheden udarbejder en handleplan	Fund der udløser en anbefaling om at enheden arbejder med området
<b>SUNDHEDS- FAGLIG DOKUMEN- TATION</b> Datagrundlag  Journal-audit	Enkelttilfælde som fagligt vurderes patientkritiske:  Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi  Opfølgning på observationer der indikerer en forværring	Journaler på tværs af borgere på enheden: 40% eller flere af journalerne hvor auditeringspunkter ikke opfyldt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er de angivne helbredsoplysninger relevante?</li> <li>- Helbredsoplysninger: Er der taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser?</li> <li>- Er alle relevante helbredstilstande valgt?</li> <li>- Er de faglige notater fyldestgørende? (f.eks. med angivelse af faglig problemstilling, årsag til tilstanden, hvordan tilstanden kommer til udtryk (habituelt og aktuelt) og evt. særlige opmærksomhedspunkter).</li> <li>- Er borgers mål udfyldt i hver tilstand?</li> <li>- Er der oprettet opgaver på alle helbredstilstande mindst en gang årligt?</li> <li>- Er alle relevante funktionstilstande valgt?</li> <li>- Er der lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande?</li> <li>- Er borgers vurdering udfyldt under hver tilstand?</li> <li>- Er der oprettet relevante handlingsanvisninger?</li> <li>- Er borgers vurdering udfyldt under hver tilstand?</li> </ul>	Et af følgende auditeringspunkter ikke opfyldt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er de angivne helbredsoplysninger relevante?</li> <li>- Helbredsoplysninger: Er der taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser?</li> <li>- Er alle relevante helbredstilstande valgt?</li> <li>- Er de faglige notater fyldestgørende? (f.eks. med angivelse af faglig problemstilling, årsag til tilstanden, hvordan tilstanden kommer til udtryk (habituelt og aktuelt) og evt. særlige opmærksomhedspunkter).</li> <li>- Er der oprettet opgaver på alle helbredstilstande mindst en gang årligt?</li> <li>- Er alle relevante funktionstilstande valgt?</li> <li>- Er der oprettet relevante handlingsanvisninger?</li> <li>- Er der henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant?</li> <li>- Fremgår borgerens samtykke af handleanvisningen?</li> <li>- Er døgnrytmeplan oprettet?</li> </ul>



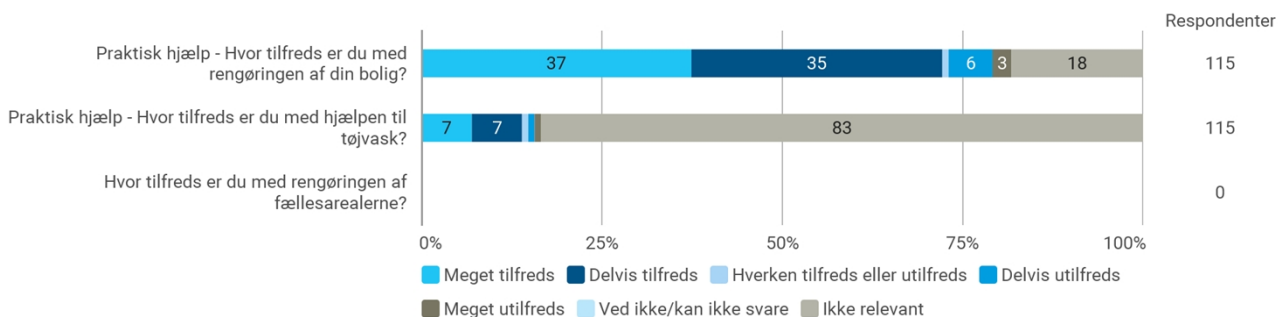
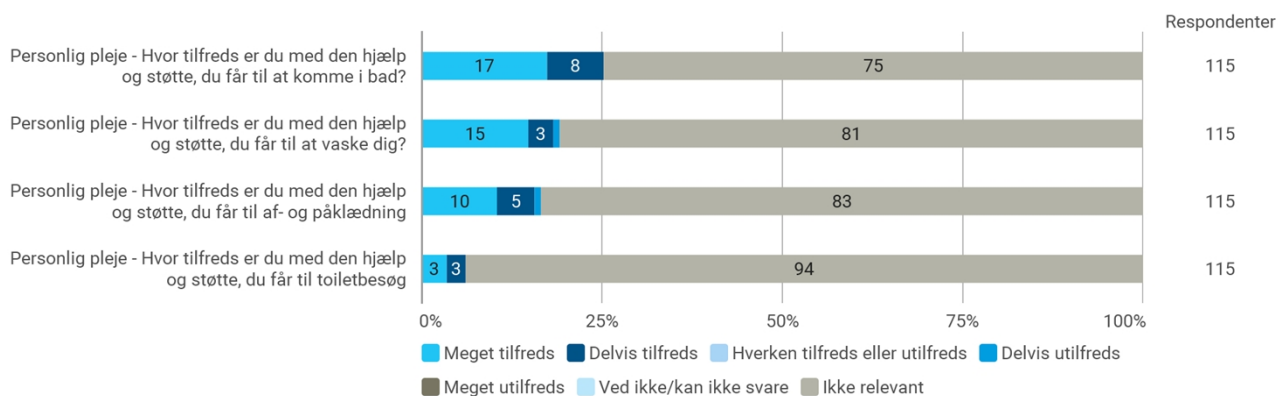
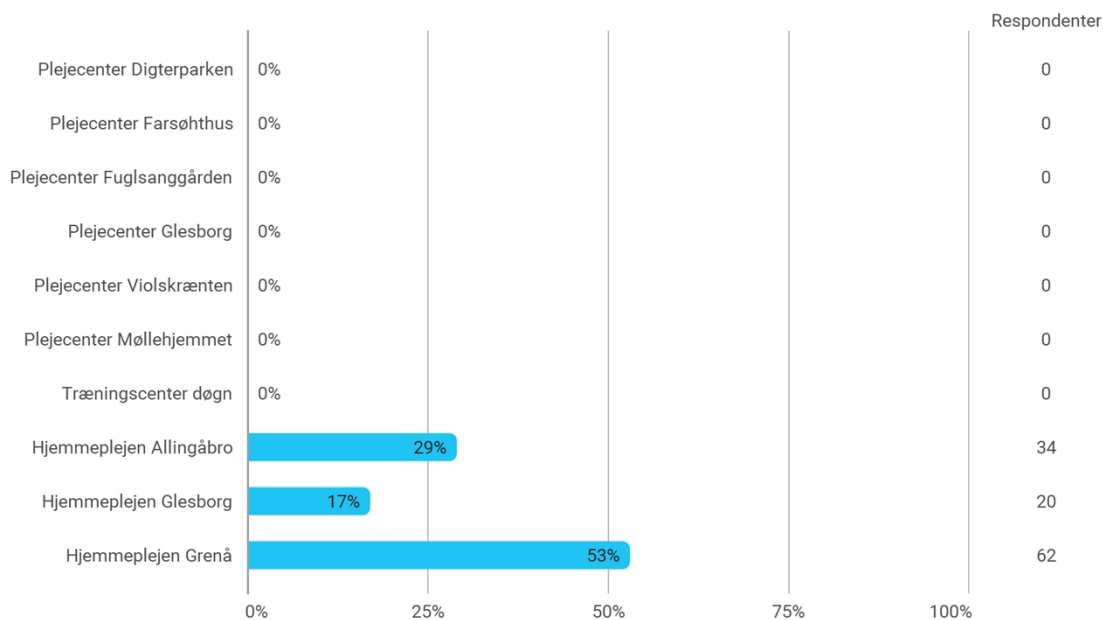
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages?</li> <li>- Er der henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant?</li> <li>- Fremgår borgerens samtykke af handleanvisningen?</li> <li>- Er handlingsanvisningerne opdaterede?</li> <li>- Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter?</li> <li>- Er der væsentlige informationer i besøgsnotatet, som skulle have været i en observation eller andre steder i journalen?</li> <li>- Hvis relevant: Er der en aktuell forflytningsvejledning for borgeren?</li> <li>- Hvis der er magtanvendelser for borgeren, er tidsfrist for indberetning så overholdt for de sidste tre indberetninger?</li> <li>- Er der udfyldt en træningsvurdering? (for §140, §86,1 og §86,2 (TUS og TV pakker) (TVA undtaget))</li> <li>- Er der oplysninger i træningsnotater, der er relevante for andre faggrupper?</li> <li>- Er det oprettet slutnotat (hvis relevant)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er der væsentlige informationer i besøgsnotatet, som skulle have været i en observation eller andre steder i journalen?</li> <li>- Ligger der ubehandlede korrespondancer på borgeren? (MedCom)</li> <li>- Er der en opdateret APV (ikke ældre end tre år og revideret ved ændringer af betydning for arbejdsmiljøet og med ajourførte handleplaner)</li> <li>- Hvis relevant: Er der en aktuell forflytningsvejledning for borgeren?</li> <li>- Er de relevante udredninger oprettet og udfyldt?</li> <li>- Er der udfyldt en træningsvurdering? (for §140, §86,1 og §86,2 (TUS og TV pakker) (TVA undtaget))</li> <li>- Er der oplysninger i træningsnotater, der er relevante for andre faggrupper?</li> <li>- Er det oprettet slutnotat (hvis relevant)?</li> </ul> <p>Og/eller 40 % eller flere af de øvrige auditeringspunkter er ikke opfyldt</p>
<b>UTILSIGTEDE HÆNDELSER</b> Datagrundlag  Udtræk  Spørgeskema til medarbejder		Et eller flere af følgende forhold fundet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kun en hovedgruppe af UTH- indberetninger – gælder ikke trænende terapeuter</li> <li>- Over 50 % af medarbejderne angiver at de ikke ved ikke hvordan man indberetter UTH eller hvem man skal gå til for at få hjælp</li> <li>- Ledelsen kan ikke redegøre for hvordan arbejdet med patientsikkerhed med afsæt i uth'er er organiseret</li> <li>- Under 50% af medarbejderne har i gennemsnit en positiv besvarelse på spørgsmålsbatteri om arbejdet med patientsikkerhed</li> </ul>	Et eller flere af følgende forhold fundet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Over 25% af medarbejderne angiver, at de ikke ved ikke hvordan man indberetter UTH eller hvem man skal gå til for at få hjælp</li> <li>- Over 25 % af medarbejderne angiver, at de ikke kender til det lokale arbejdet med UTH</li> <li>- Mellem 40 og 50 % af medarbejderne har i gennemsnit en positiv besvarelse på spørgsmålsbatteri om arbejdet med patientsikkerhed ovenfor</li> </ul>
<b>MEDICIN-KONTROL</b> Datagrundlag  Uanmeldt observation	Et eller flere af følgende forhold er fundet:	Et eller flere af følgende forhold fundet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doseringsfejl ved præparater, hvor der ikke er umiddelbar risiko for skade.</li> <li>- Medicin (inkl. dråber, mikstur og cremer) er opbevaret forkert (eks. ej på</li> </ul>	Et eller flere af følgende forhold fundet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende mærkat med patientens navn og personnummer på doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin</li> </ul>

<p>tionsbesøg</p> <p>Stikprøvekontrol af medicinbeholdninger</p> <p>Observation af medicin-dispensering</p> <p>Journalaudit</p>	<p>Doseringsfejl af et risikosituationslægemiddel</p> <p>Holdbarhedsdato overskredet på aktuel medicin</p> <p>Der er ikke adrenalin til rådighed hos borger, der får injektions- eller infusionsbehandling (insulin undtaget)</p> <p>Insulin opbevaret forkert (eks. ikke-anbrudt insulin ej opbevaret på køl)</p> <p>Manglende anbrudsdato på insulin</p>	<p>køl eller omvendt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der er uoverensstemmelse mellem ordination i FMK og den udprintede medicinliste</li> <li>- Der ikke foretaget registrering af givet/udleveret pn-medicin</li> <li>- Personalet sikrer ikke identifikation af patienten og patientens medicin forud for medicinadministration</li> <li>- Der foretages ikke evaluering eller opfølgning på den medicinske behandling (eks. effekt af smertestillende, kur mod infektion og lign. samt bivirkninger)</li> <li>- Manglende anbrudsdato på medicinske øjendråber</li> <li>- Dispenseret pn-medicin er ikke doseret i ordinerede doser og/eller mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.</li> <li>- Der er i flere tilfælde ikke oprettet observationsnotat/ foretaget registrering af effekt af pn-medicin</li> </ul> <p>Derudover: 'Orange' kategori udløses ved tre eller flere fund fra 'gul' kategori</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uoverensstemmelse mellem handelsnavn og det doserede</li> <li>- Manglende anbrudsdato på eks. viskøse dråber, gel, creme mm. (eks. insulin)</li> <li>- Medicinen er ikke opbevaret i aflåst skab eller utilgængeligt for uvedkommende</li> <li>- Medicinen er ikke opbevaret adskilt fra øvrige borgers medicin</li> <li>- Der er ikke tydelig opdeling af aktuel medicin, pauseret medicin, pn-medicin eller medicin, som ikke er i brug.</li> <li>- Det er ikke dokumenteret, hvem der har dispenseret ikke-dosérbar medicin samt hvornår</li> <li>- Der er i et enkelt tilfælde ikke oprettet observationsnotat/ foretaget registrering af effekt af pn-medicin</li> <li>- Der mangler persondata på håndkøbsmedicin- og naturpræparater</li> </ul> <p>FMK/medicinoverblik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dato for ordination eller seponering fremgår ikke</li> <li>- Behandlingsindikation fremgår ikke af medicinliste</li> <li>- Præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform eller styrke fremgår ikke af medicinordination</li> <li>- Enkeldosis eller maksimal døgn-dosis for pn-medicin fremgår ikke af ordination.</li> <li>- Risikosituationslægemiddel er ikke angivet i 'bemærkninger'</li> </ul>
<p><b>MAGTANVENDELSE</b></p> <p>Datagrundlag</p> <p>Interview med ledelse</p> <p>Journalaudit</p>		<p>Et eller flere af følgende forhold fundet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende handleplan for borgere, hvor der har været anvendt magt</li> </ul>	<p>Følgende forhold ikke opfyldt i journalaudit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis der er magtanvendelser for borger, er tidsfrist for indberetning overholdt for de sidste tre indberetninger?</li> <li>- Indgrebet registreres senest tre dage efter det er foretaget både ved akut og forhåndsgodkendt magtanvendelse</li> </ul>
<b>BRUGERTILFREDSHED</b>			
<p>områder</p>			

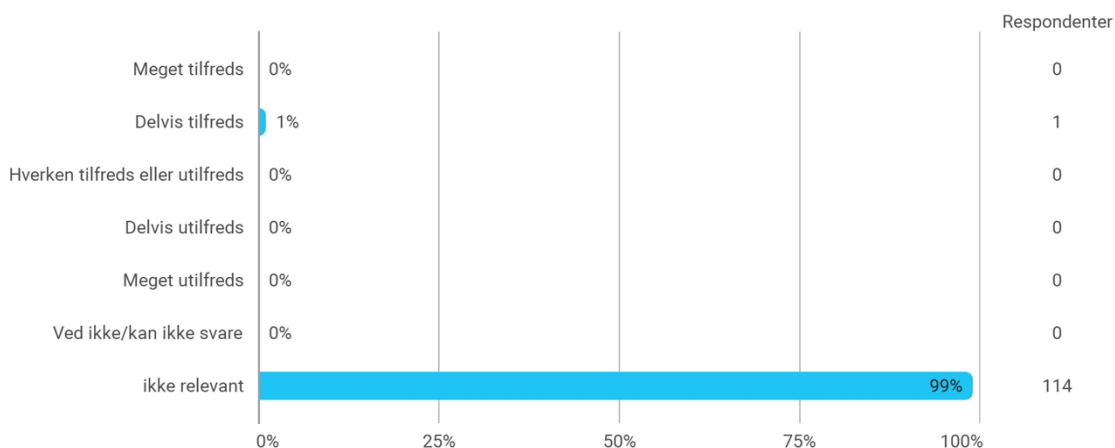
<b>BEBOER / BORGER INTERVIEW</b> Datagrundlag	Interview med beboere	Mindst 40 % af beboerne er utilfredse og/eller meget utilfredse ved et spørgsmål.	Mindst 30 % af beboerne (mindst 2 beboere) er utilfredse og/eller meget utilfredse ved et spørgsmål
<b>MEDARBEJDERE</b> Datagrundlag	Spørgeskemaesvarelse	Mindst 40 % af medarbejderne svare negativt på spørgsmålene - Giver hverdagen mulighed for at levere den i kvalitetsstandardens beskrevne pleje og aktivitet? - Arbejdes der løbende med kvalitetsudvikling- og sikring i forhold til pleje og aktiviteter?	30 % af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene
<b>FAGLIGHED</b>			
<b>Områder</b>			
<b>KENDSKAB TIL INSTRUKSER</b> Datagrundlag	Spørgeskema medarbejder	Hvis der gøres et eller flere af følgende fund:  Der er ikke et eneste hit fra enheden på udvalgt ny/ væsentlig revideret instruks  40 % eller flere af medarbejderne (mindst to) svarer negativt på et af spørgsmålene fra følgende spørgebatteri:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ved du hvordan du skal anvende VAR?</li> <li>- Har du adgang til at anvende VAR i dit daglige arbejde hos borgeren?</li> <li>- Bruger du VAR, når du er i tvivl om en procedure?</li> <li>- Ved du hvordan man skal anvende MyMedCards?</li> <li>- Har du adgang til at anvende MyMedCards i dit daglige arbejde hos borgeren?</li> <li>- Bruger du MyMedCards?</li> </ul>	Over 30 % af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteriet ovenfor
<b>DELEGATION OG KOMPETENCER</b> Datagrundlag	Spørgeskema medarbejder	Over 40% af medarbejdere svarer negativt ift spørgsmål nedenfor vedr. delegation og kompetencer. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kender du jeres procedure ved delegation til medarbejdere?</li> <li>- Hvis Ja: Følger I altid disse procedurer ved delegation?</li> <li>- Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgave du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?</li> <li>- Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag</li> <li>- Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag?</li> <li>- Jeg har adgang til de oplysninger, jeg har brug for, for at kunne udføre mit arbejde hos borgerne?</li> </ul>	Over 30 % af medarbejderne svarer negativt ift spørgsmål vedr. delegation og kompetencer.
<b>REHABILITERING</b> Datagrundlag	-	40 % af beboerne har et negativt svar på et af følgende spørgsmål	30 % af beboerne har negative besvarelser på spørgsmålene overfor

Interview beboere  Spørgeskema til medarbejder  Audit		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deltager du i udførelsen af hjælpen?</li> <li>- Støtter personalet dig, så du selv kan klare flest mulige dagligdagsting?</li> <li>- Har du været med til at beslutte, hvad du skal kunne selvstændigt i dagligdagen?</li> </ul> <p>Eller 40 % af medarbejderne svarer negativt på spørgsmålene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kender du livshistorie og handleplaner for de beboere, du har opgaver ved?</li> <li>- Inddrages beboerne aktivt i planlægning og udførelse af pleje- og aktiviteter?</li> </ul>	30 % af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene overfor
<b>E-LÆRING</b> Datagrundlag  Udtræk Plan2learn		Hvis et eller flere af de obligatoriske kurser ikke er gennemført af mindst 50 % af medarbejderne inden for det seneste år	Hvis et eller flere af kurserne ikke er gennemført af mindst 75 % af medarbejderne inden for det seneste år
<b>ORGANISATORISKE FORHOLD</b>			
<b>Områder</b>			
<b>APV</b> Datagrundlag  Journalaudit	-	Der er APVer ældre end 3 år på 15 % af borgerne	Der er APVer ældre end 3 år for mere end en borger
<b>MED-ARBEJDER-TILFREDSHED</b> Datagrundlag  Spørgeskema medarbejder		Over 40 % af medarbejderne giver en negativ vurdering af et eller flere punkter <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger</li> <li>- Samarbejdet med andre faggrupper?</li> <li>- Samarbejde med ledelsen.</li> </ul>	Over 30 % af medarbejderne er utilfredse med et eller flere af forholdene overfor

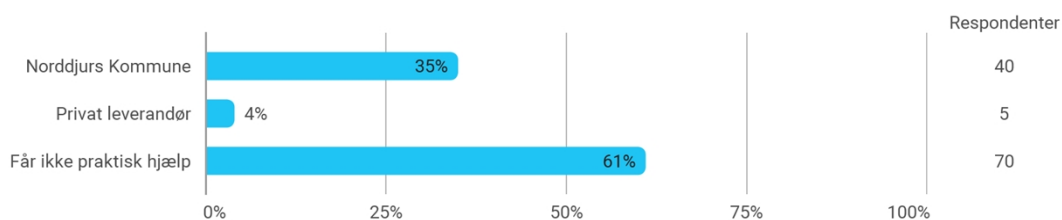
## Interview borgere i hjemmeplejen



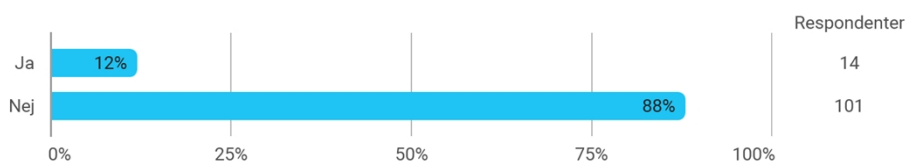
### Hvor tilfreds er du med den hjælp, du får til indkøb?



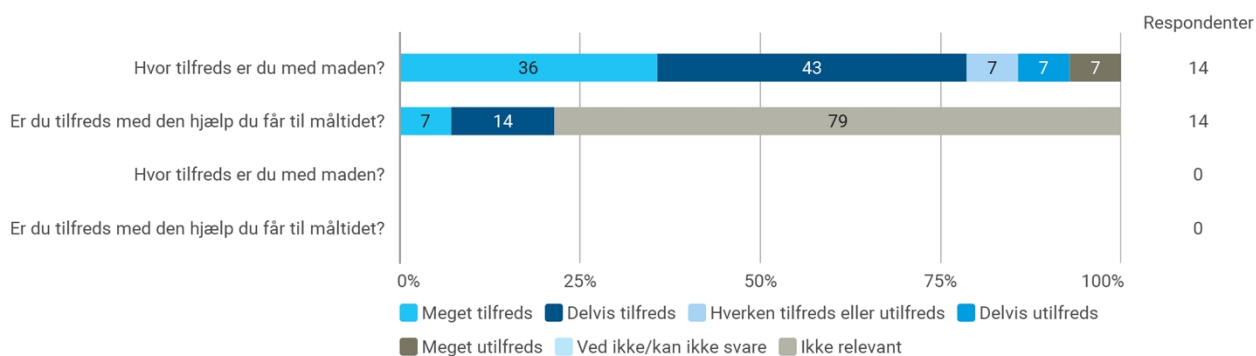
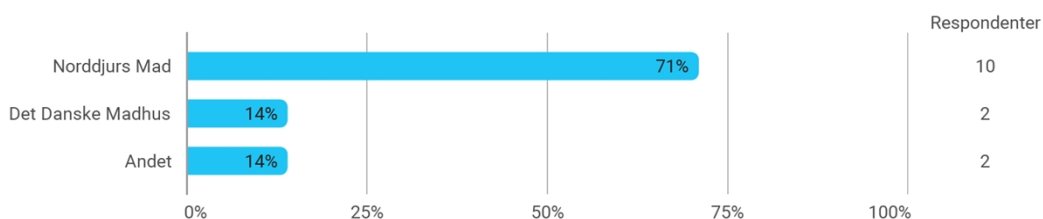
### Hvem leverer din praktiske hjælp?

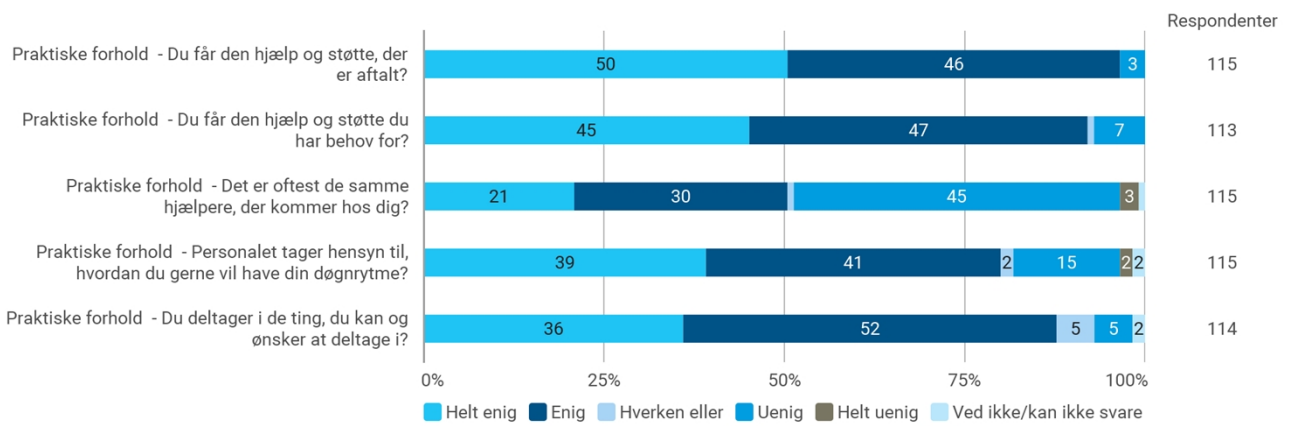
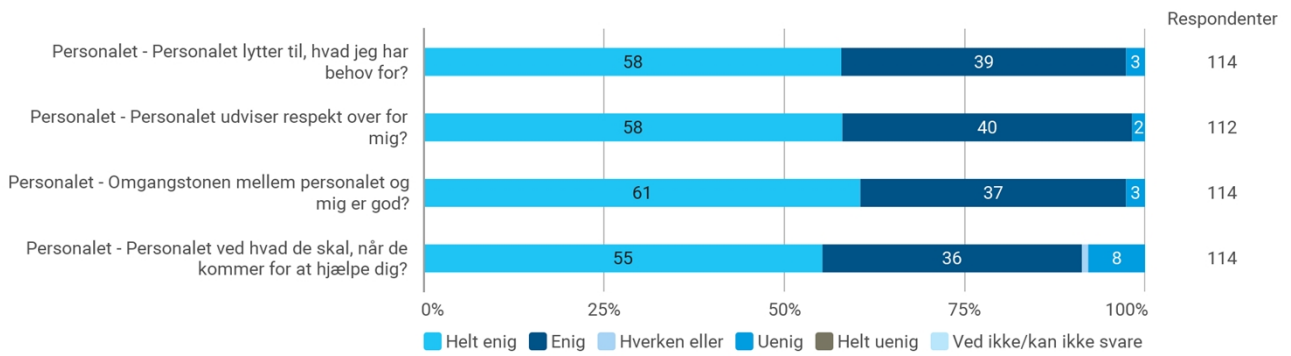


### Får du levereret mad?

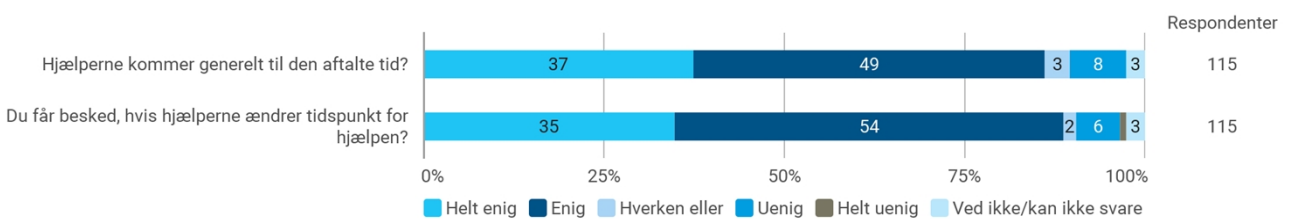
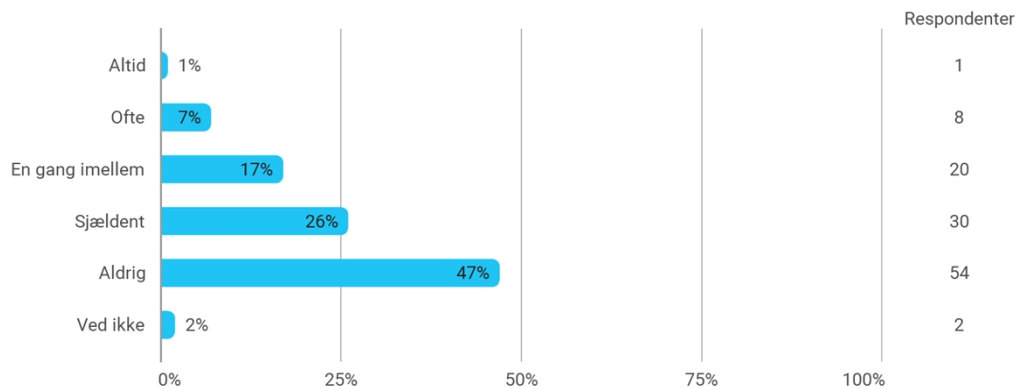


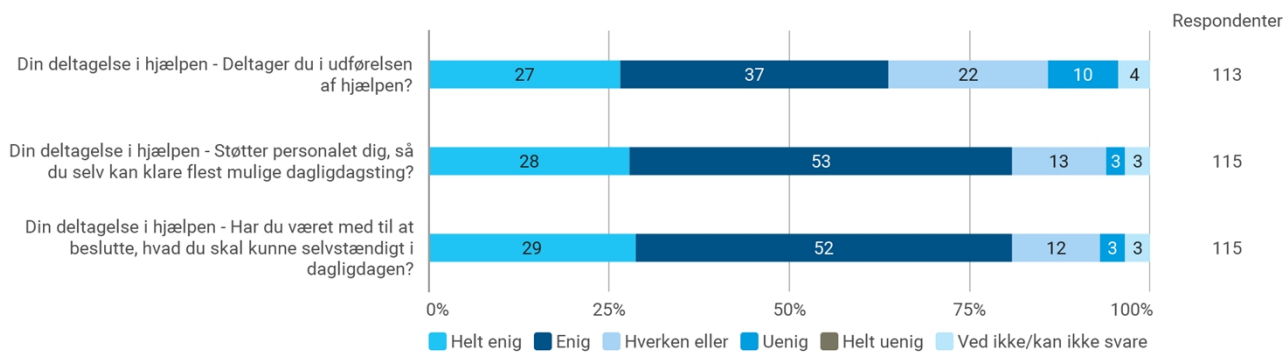
### Hvem leverer din mad?



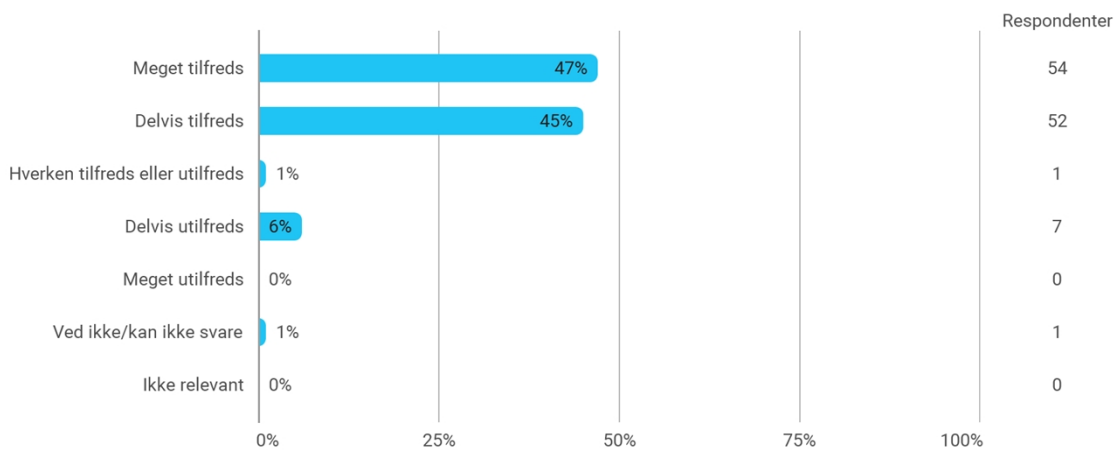


### Bliver din hjælp nogle gange aflyst?

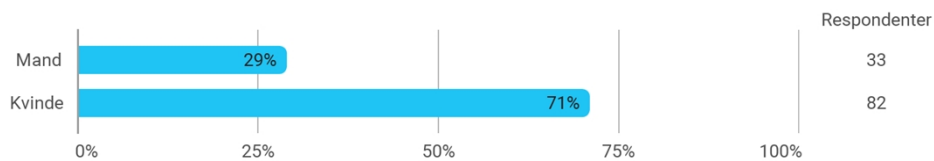




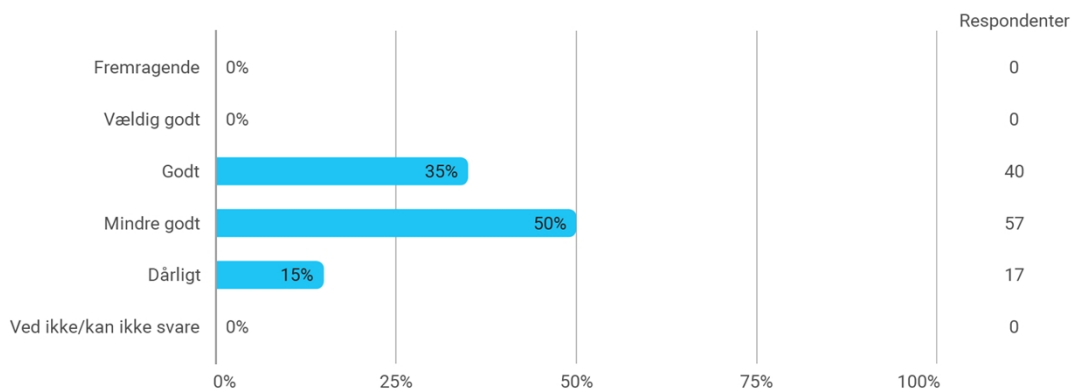
### Hvad synes du samlet om den hjælp, du modtager?



### Er du

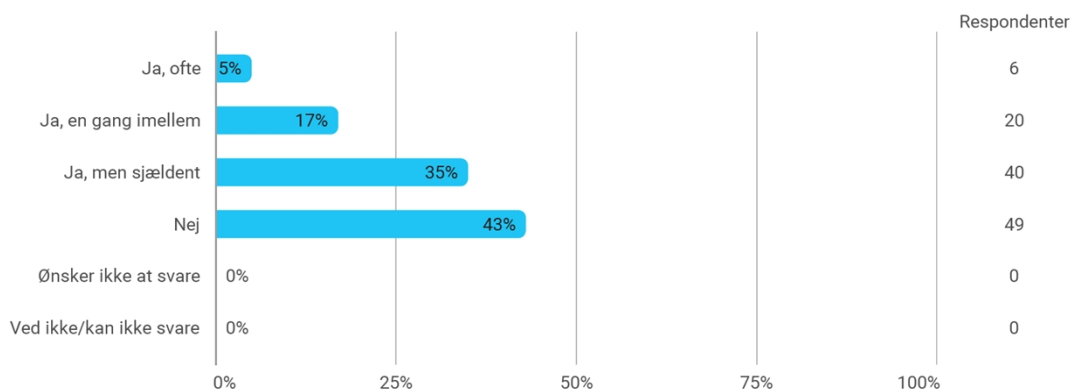


### Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

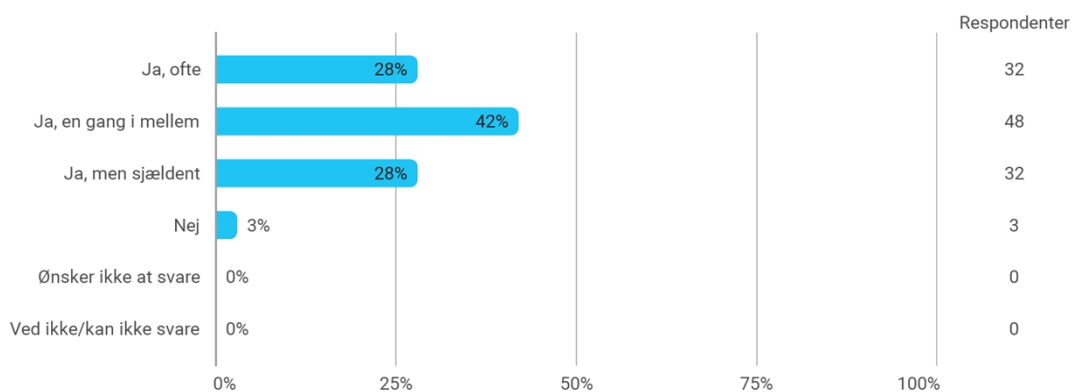




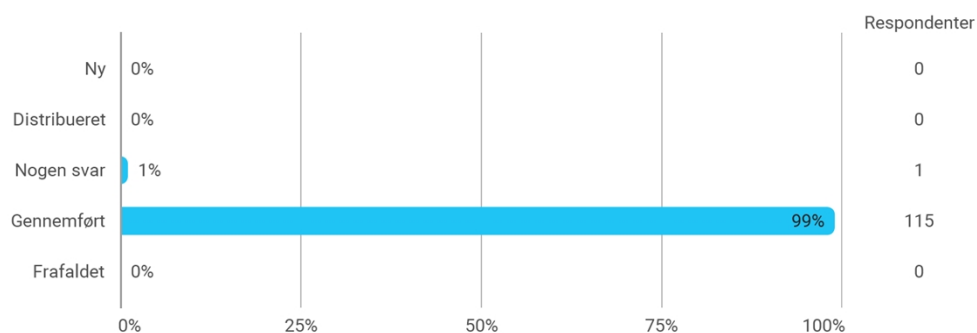
Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?



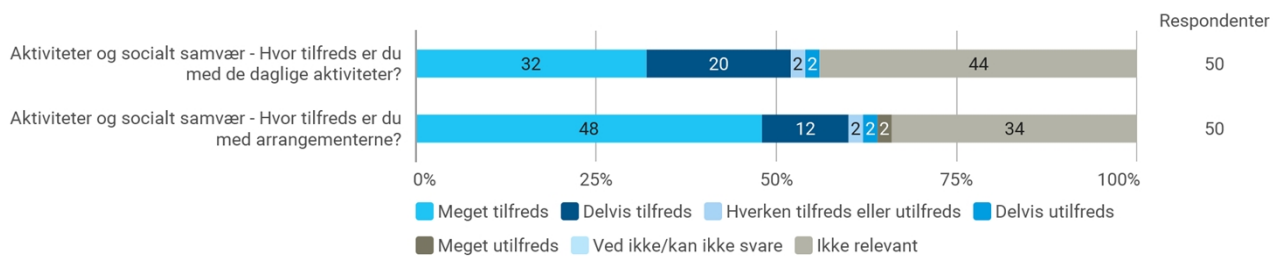
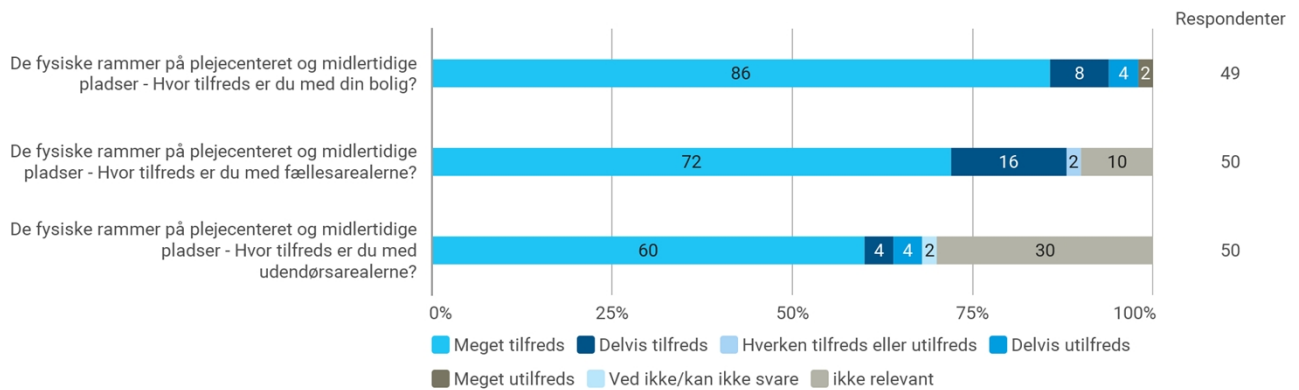
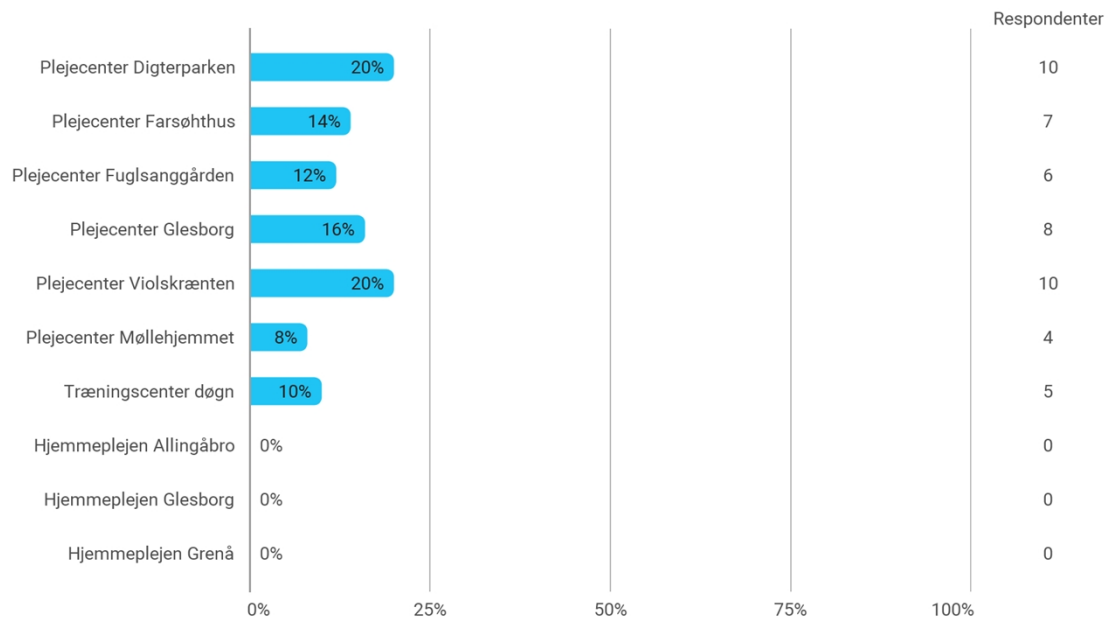
Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?



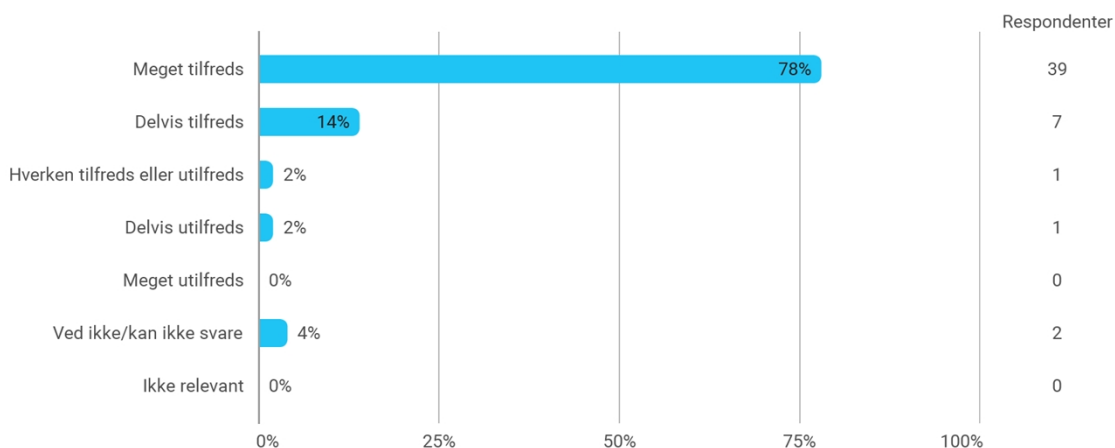
Samlet status



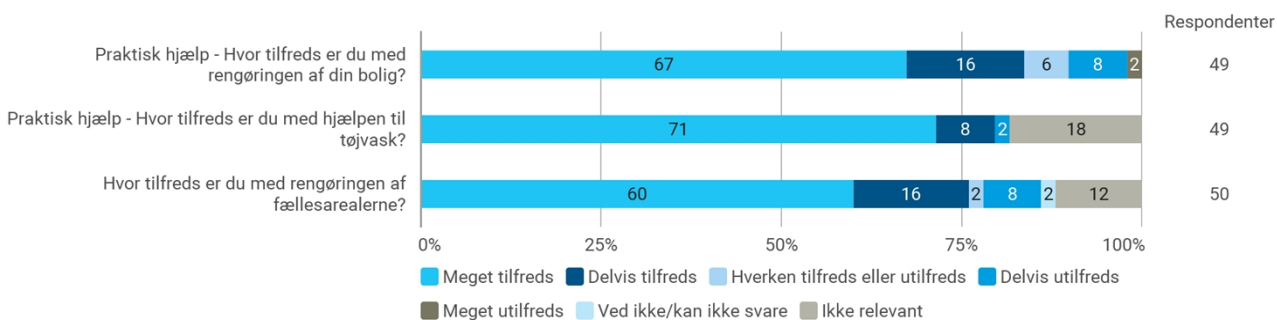
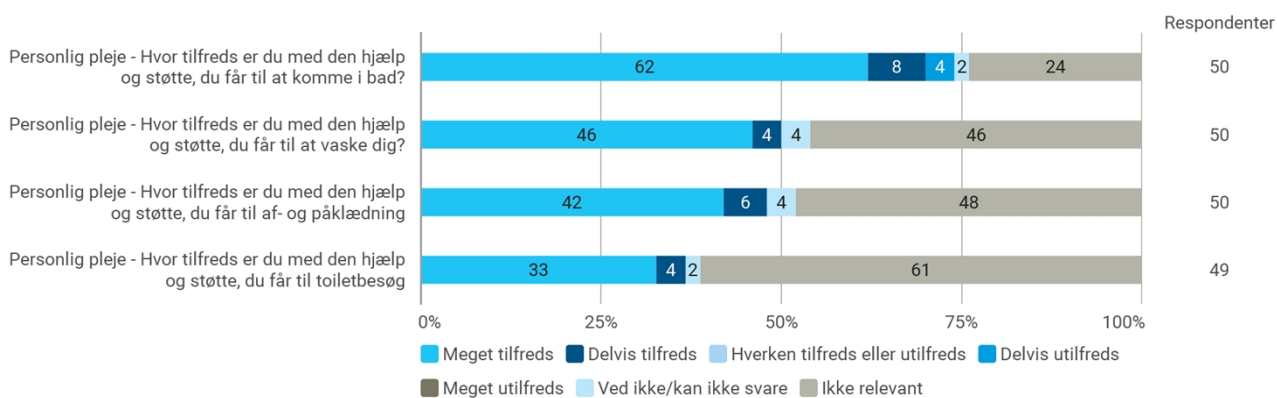
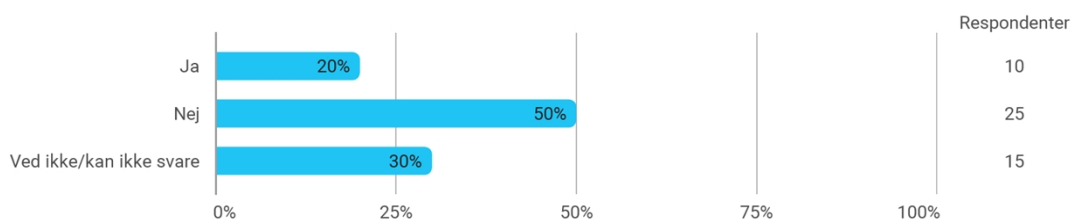
## Interview beboere på plejecenter

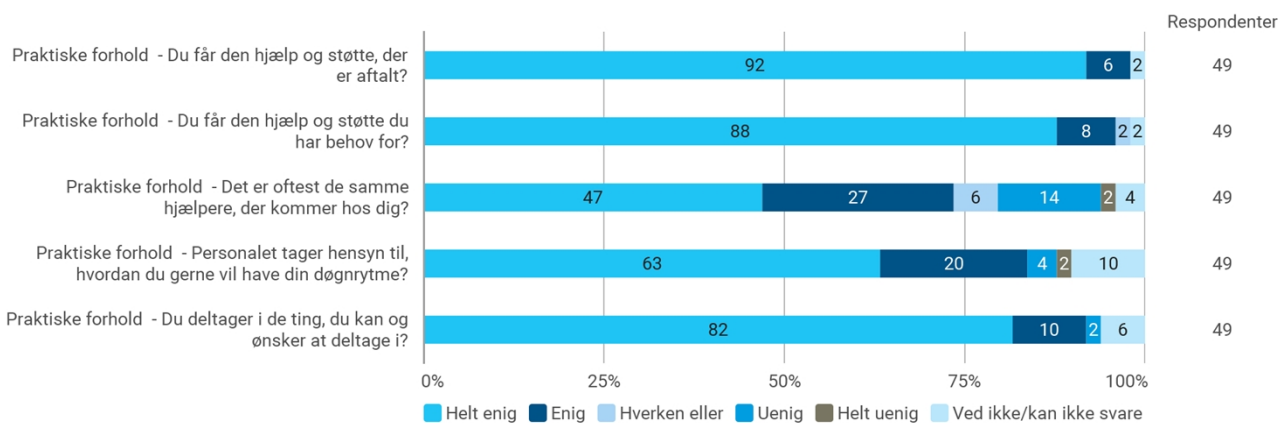
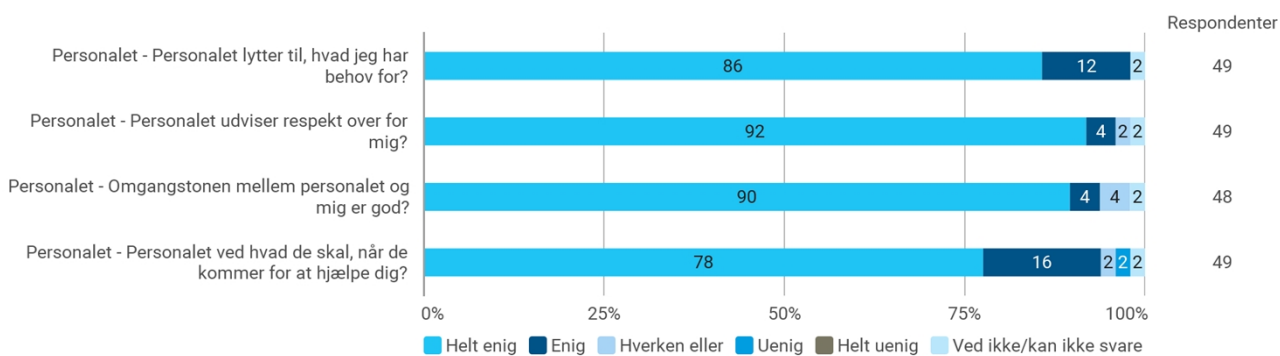
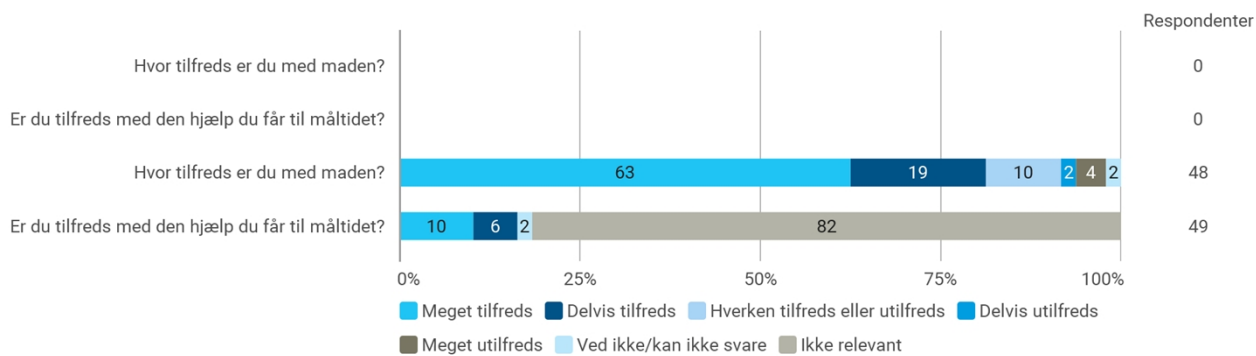


## Hvor tilfreds er du samlet set med den hjælp og støtte du får ?

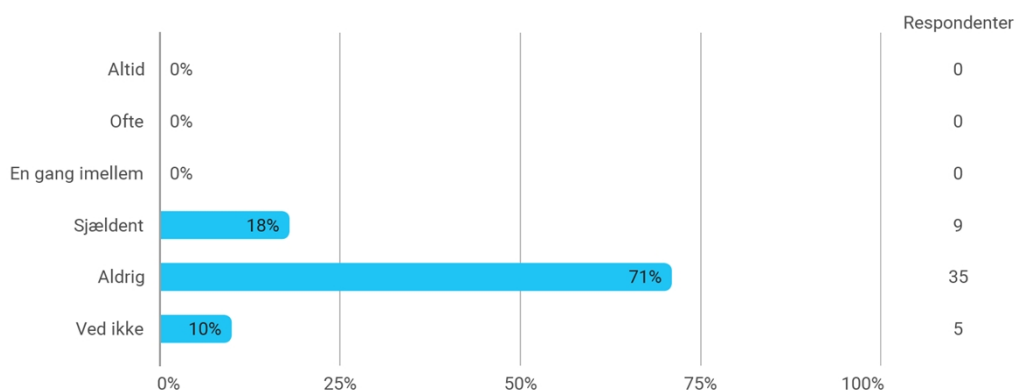


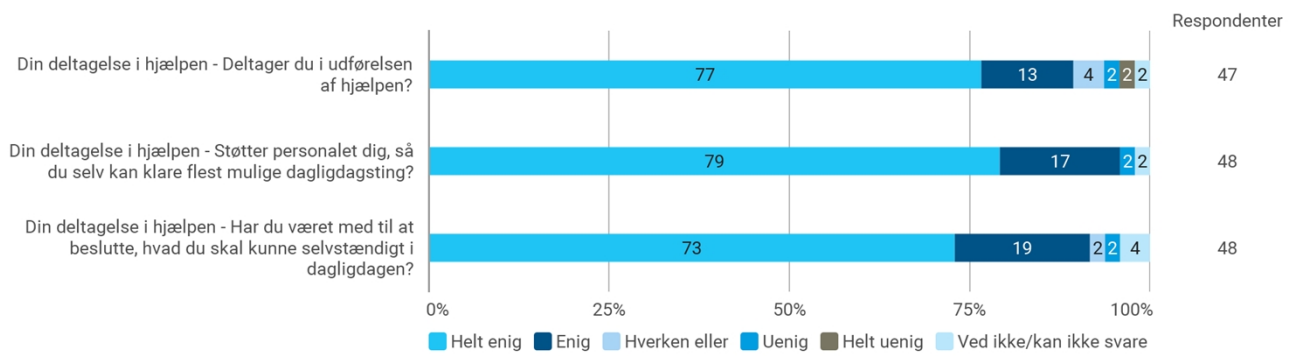
## Har du haft en samtale med din kontaktperson på plejecenteret om, hvordan du vil bruge dine klip?



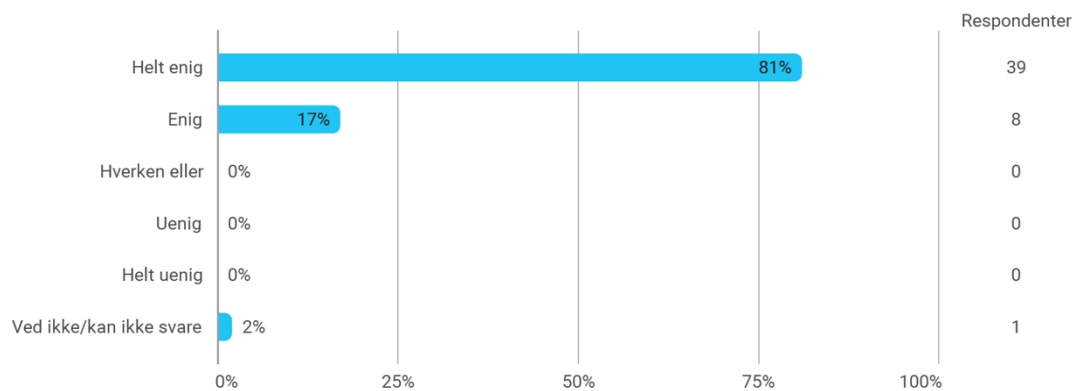


### Bliver din hjælp nogle gange aflyst?

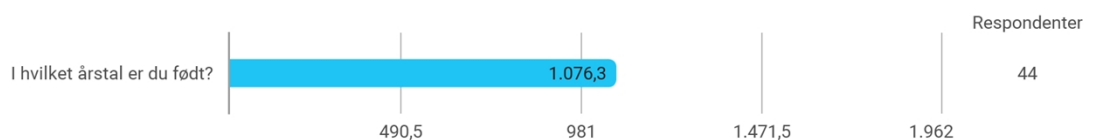
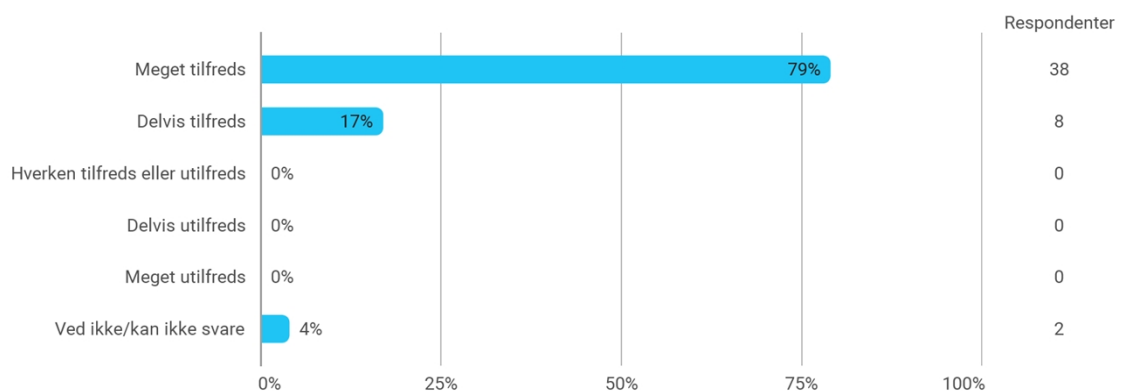




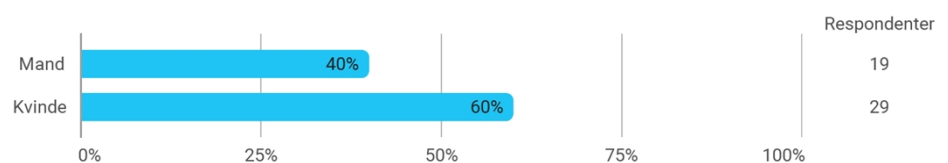
### Føler du dig tilpas her på plejecenteret eller den midlertidige plads?



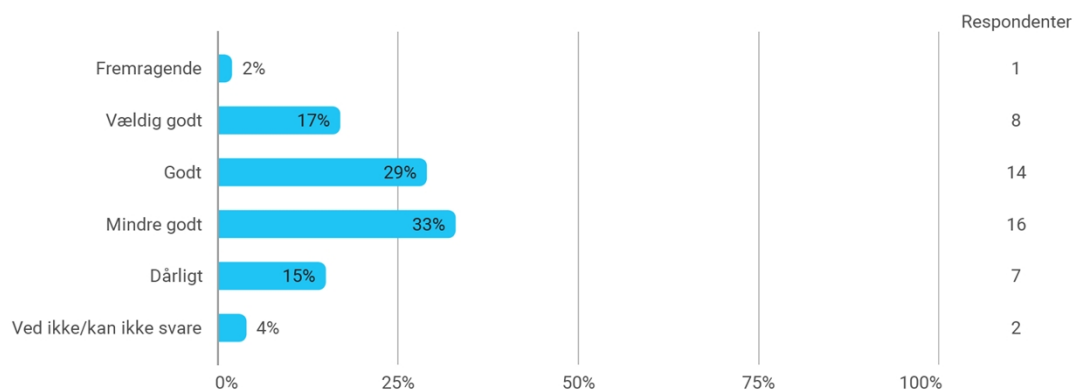
### Hvad synes du samlet om at bo her på plejecenteret?



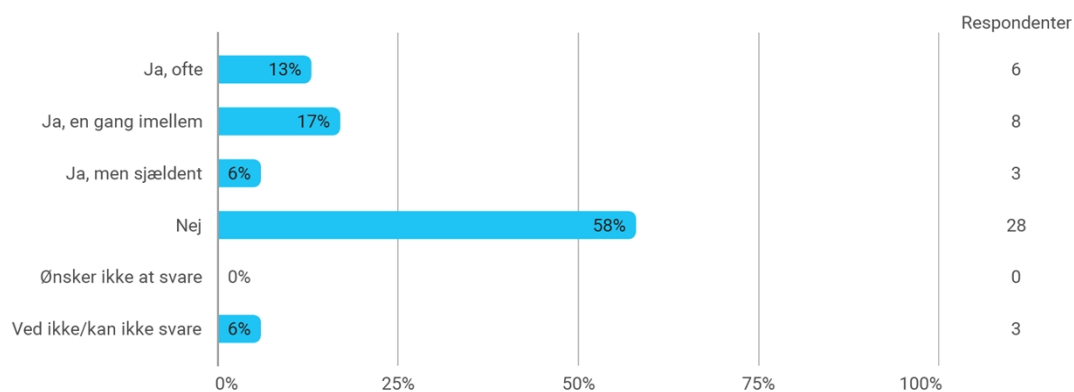
### Er du



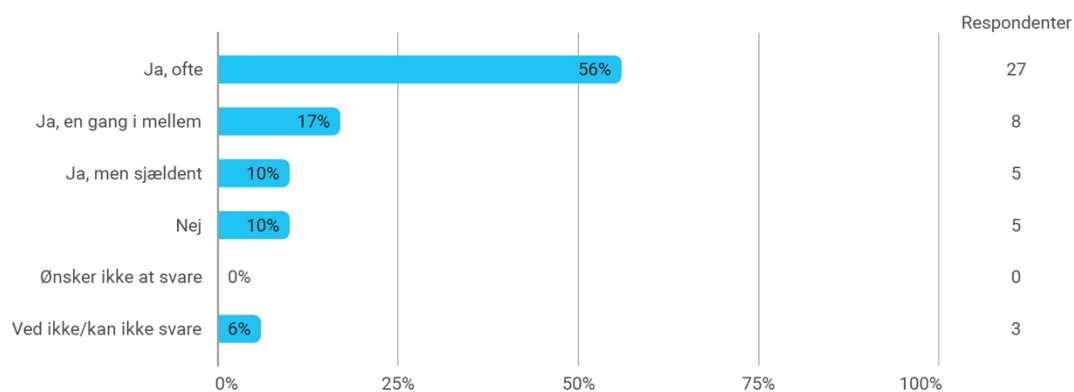
### Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?



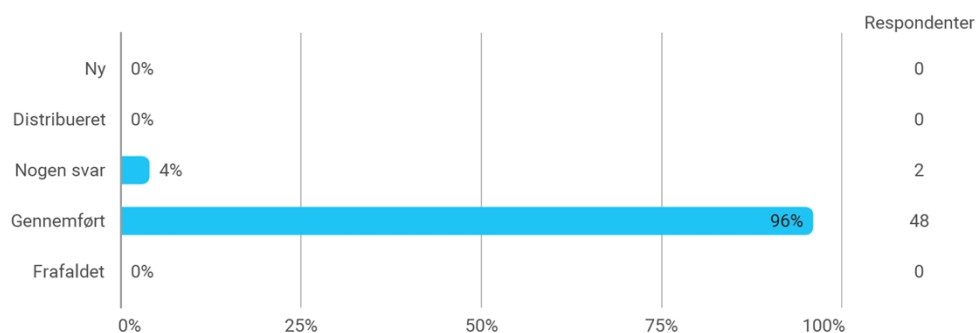
### Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?



### Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

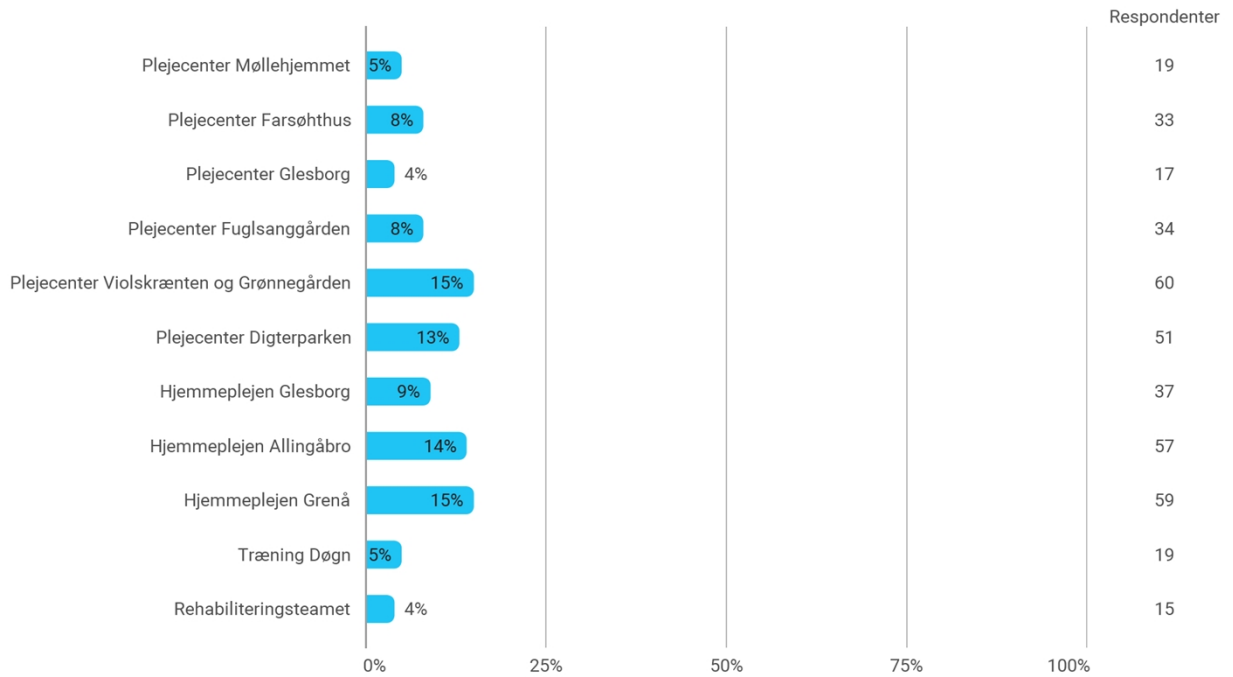


### Samlet status

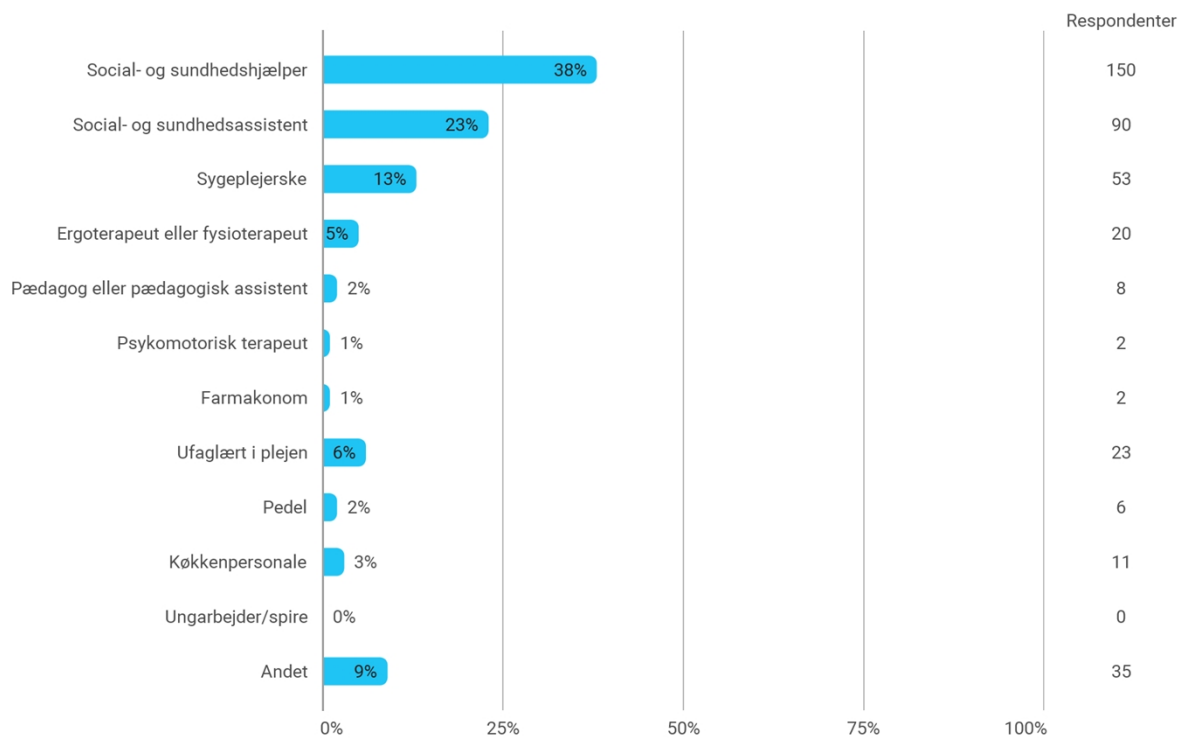


## Medarbejderskema

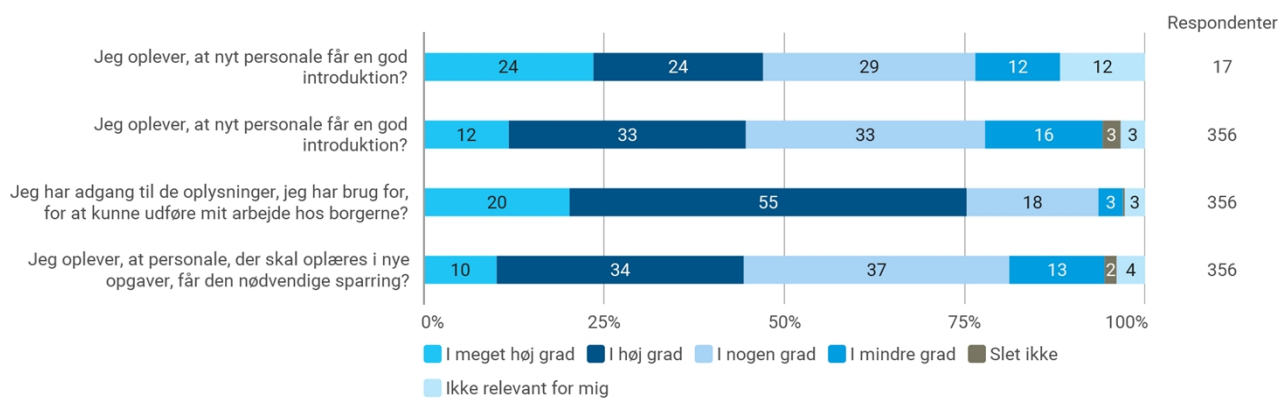
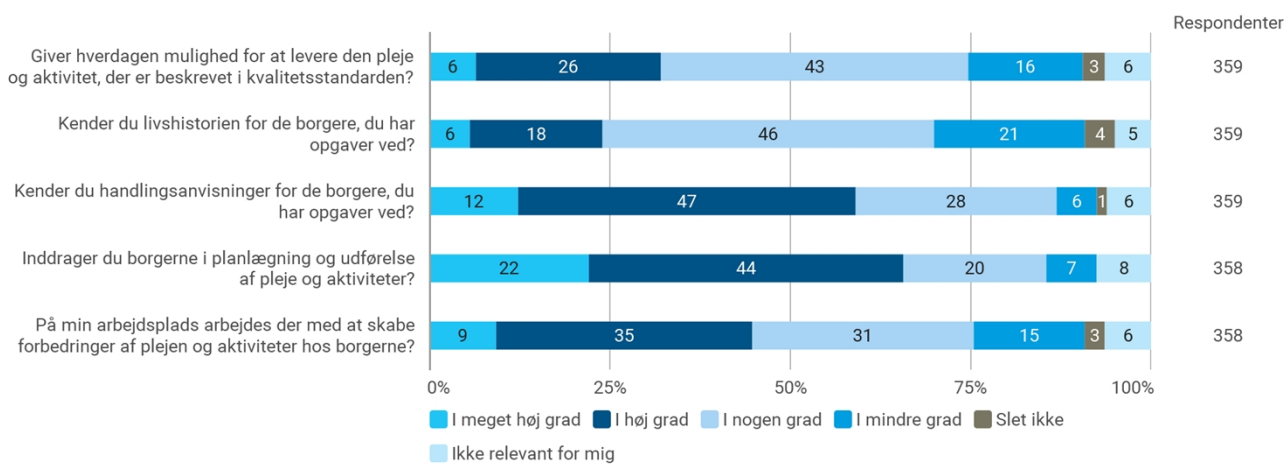
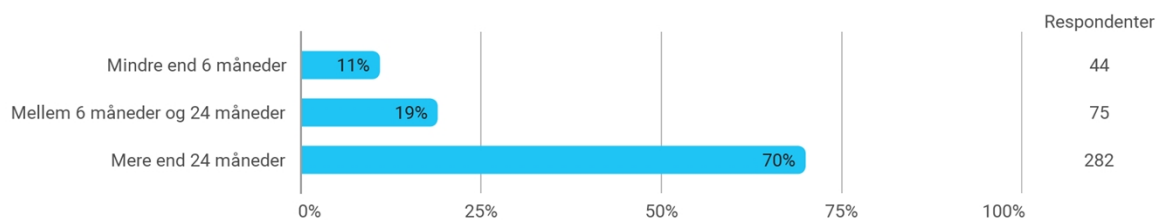
Hvor er du ansat?



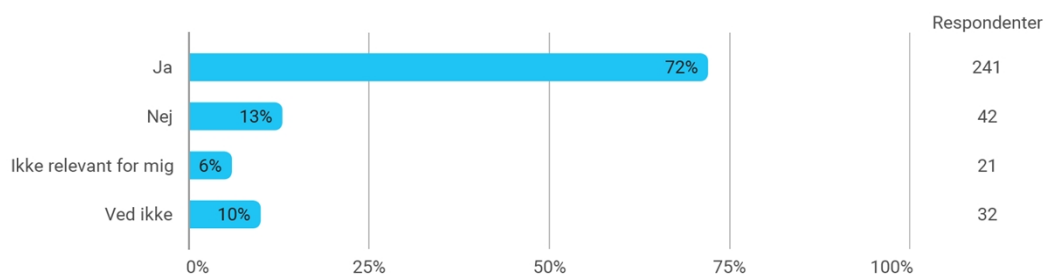
Hvad er du ansat som?



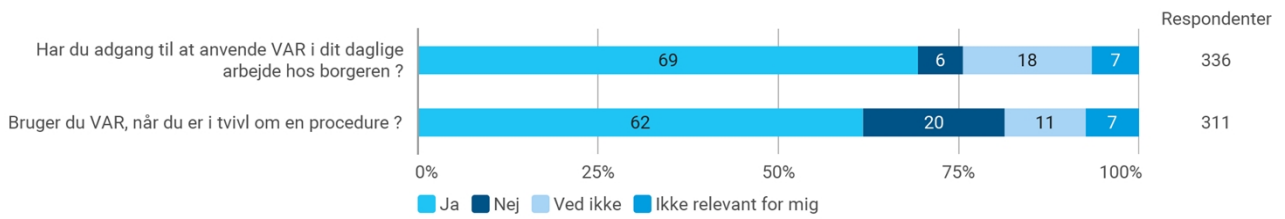
Hvor længe har du været ansat på din nuværende arbejdsplads?



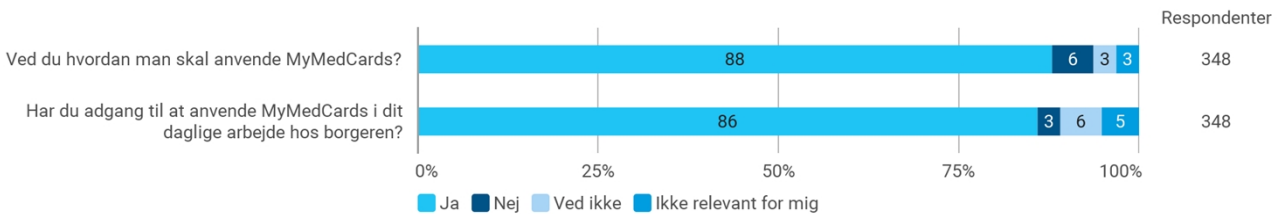
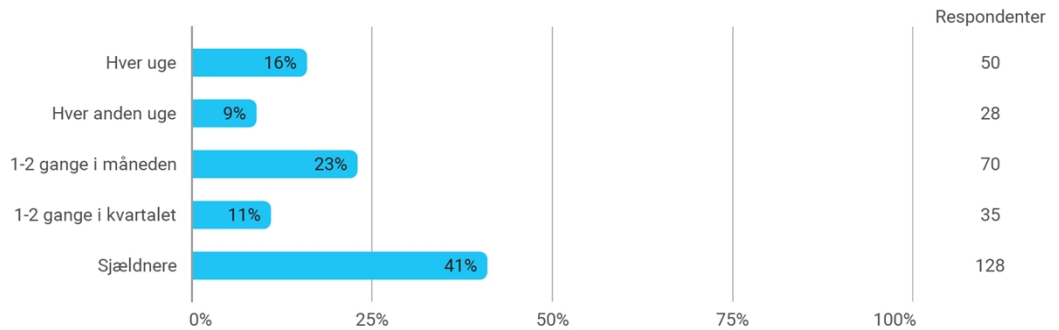
### Ved du hvordan du skal anvende VAR?



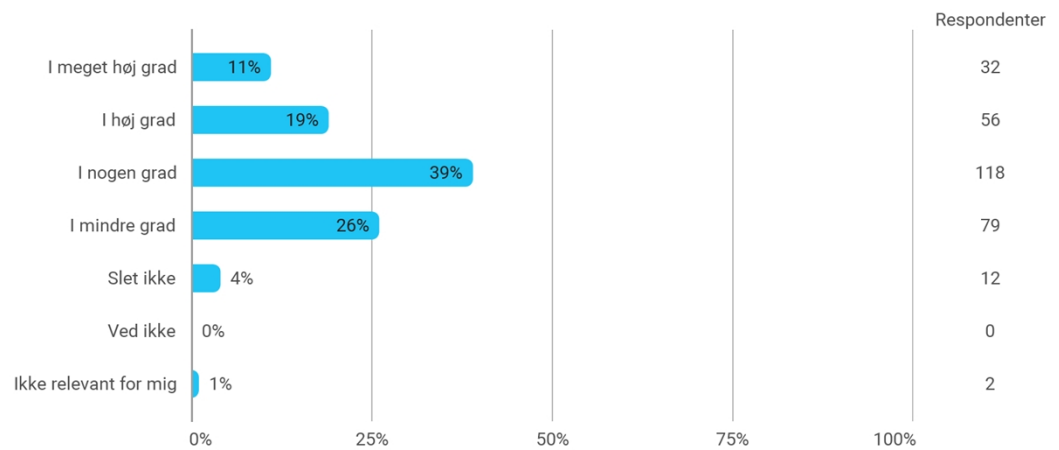




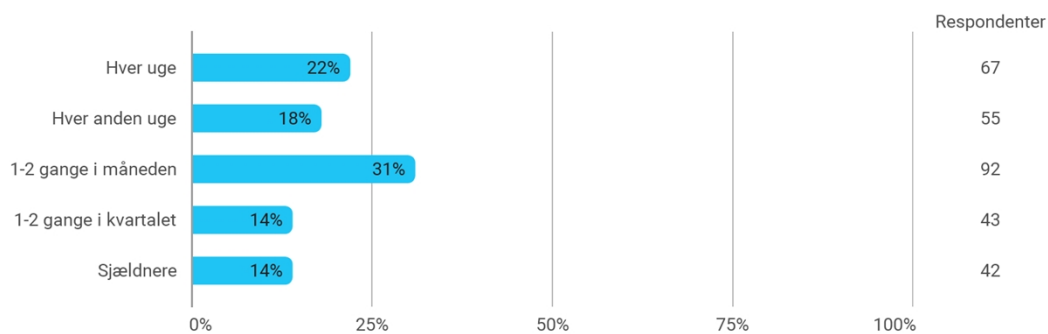
### Hvor ofte anvender du VAR ?



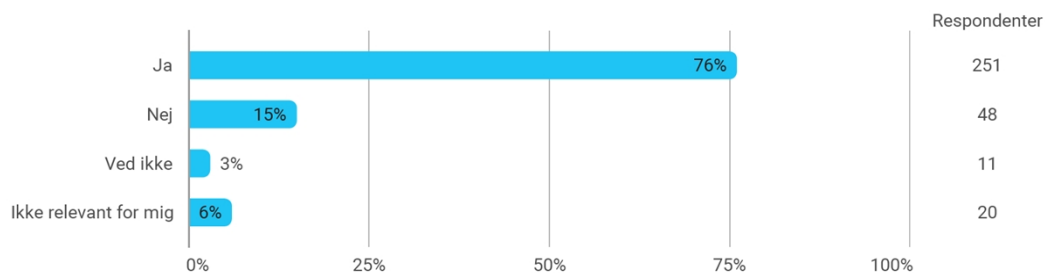
### Bruger du MyMedCards?



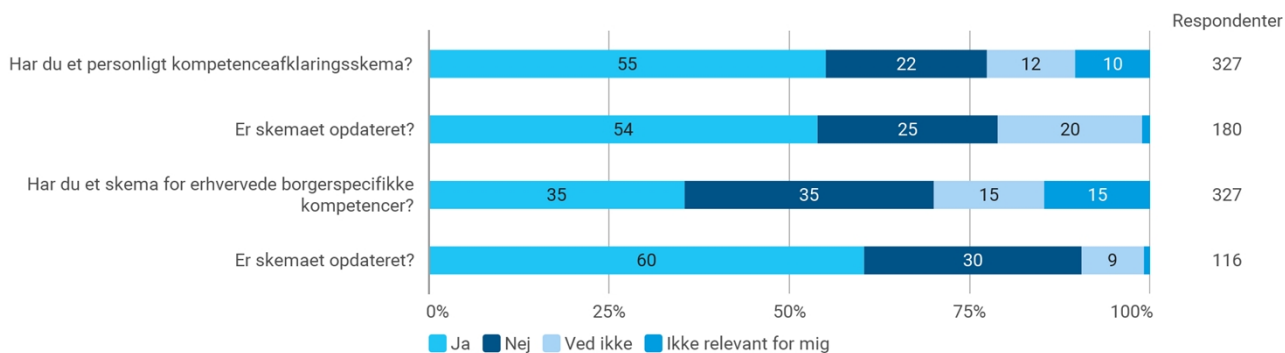
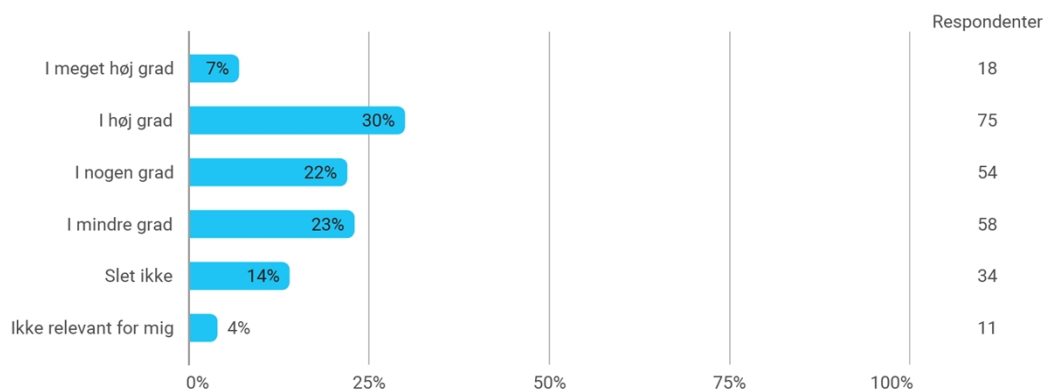
### Hvor ofte bruger du MyMedCards?



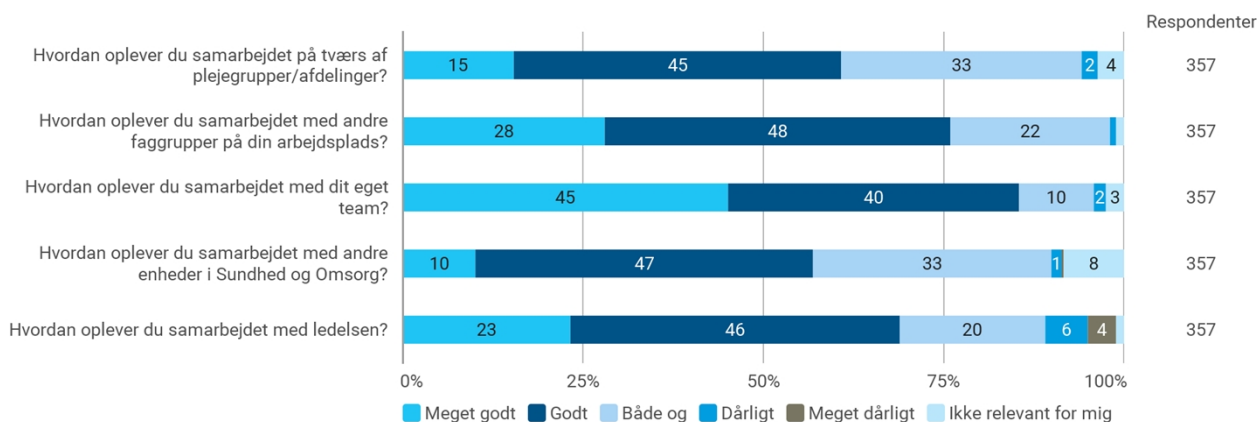
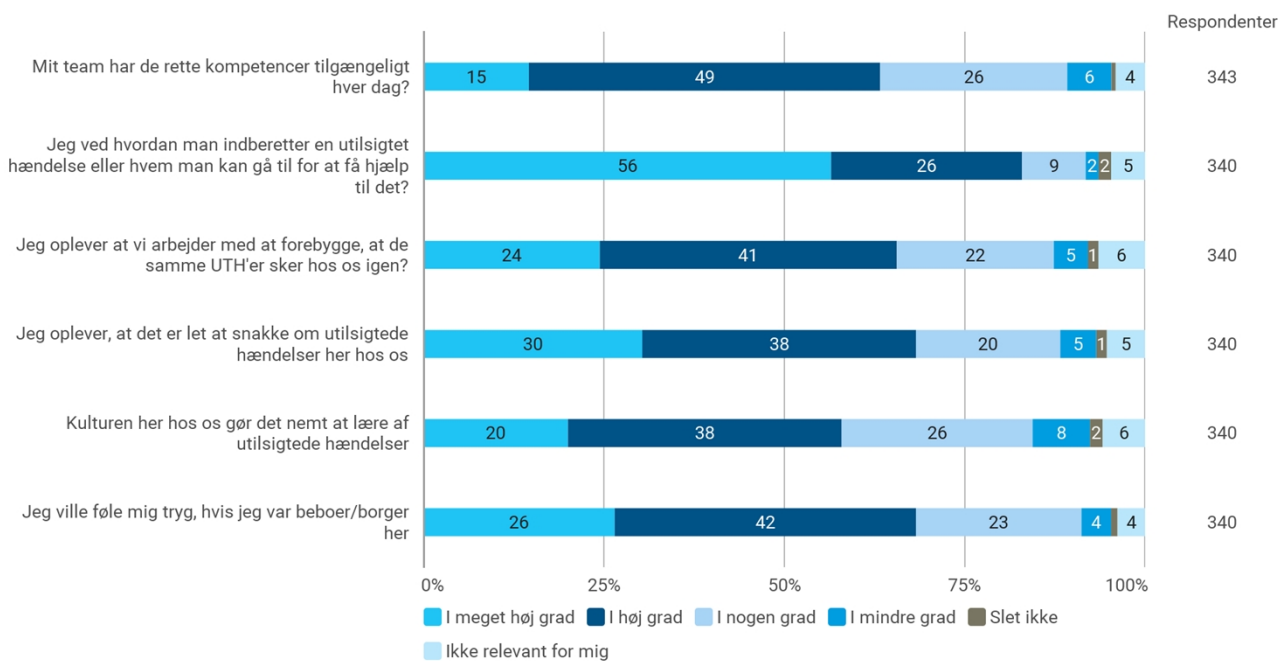
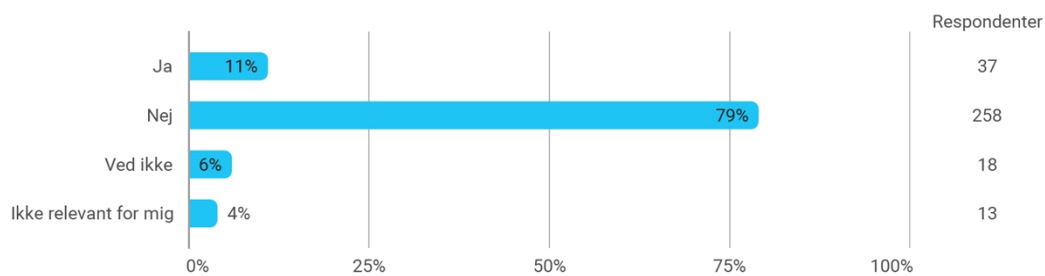
### Kender du kompetence- og overdragelseskemaet?



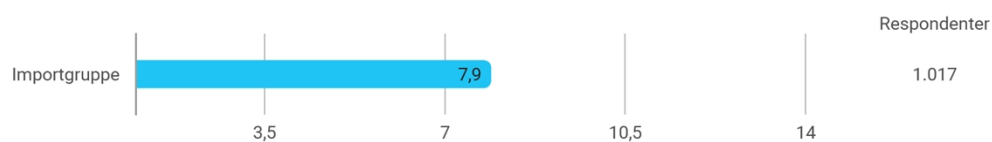
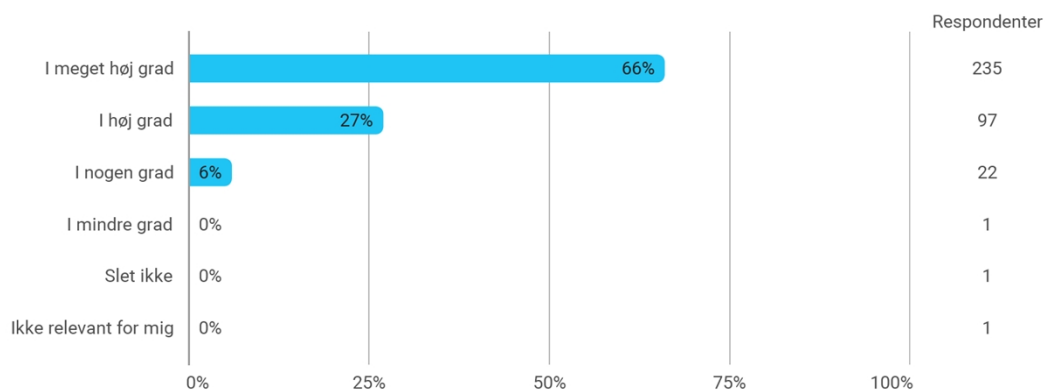
### Bruger I dette skema i hverdagen ved behov?



## Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver du ikke havde kompetencerne til?



### Jeg kan spørge mine kollegaer til råds, hvis jeg er i tvivl om noget?



### Samlet status

